Rok XXXVIII. Kraków, 22 Lipca 1899. Nr. 29.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 189 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 22 Lipca 1899. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Torbiel jajnika lewego z częściową zgorzelą szypuły czterokrotnie skręconej u kobiety ciężarnej.

Podał

Dr. Zygmunt Nowak

Dyrektor szpitala w Sanoku.

Ponieważ równocześnie prawie z ogłoszeniem (*Przegl. Lek.* Nr. 22) wyczerpującego artykułu Doc. Dra Świtalskiego p. t. „O skręceniu szypuły guzów jajnika i przyjajnika“ miałem sposobność operować torbiel jajnikowy ze skręconą szypułą, przeto sądzę, że na czasie będzie opisać mój przypadek, zwłaszcza, że skręcenie szypuły powstało w tym przypadku w czasie ciąży, co stanowi niejako jeszcze jeden przyczynek statystyczny na dowód, że ciąża do skręcenia szypuły torbieli jajnikowych usposabia.

Co do przyczyn skręcania się szypuły guzów jajnikowych nie mam zamiaru spierać się z powagami naukowemi: twierdzenie jednak, aby sam ruch robaczkowy jelit był zdolny podołać tak ogromnej pracy (Veit, Thornton, Mundé) nie przemawia do przekonania. Jakżeż silny, a zarazem długotrwały musiałby być ten ruch, aby guz, nieraz kilkanaście kilogramów ważący, skręcić koło osi!

Znacznie bliżej będziemy prawdy, dopatrując przyczyny skręcenia w nagłej zmianie położenia ciała osobnika, a tem samem i guza (Fritsch, Schultze). Częste powstawanie skręcenia szypuły guzów jajnikowych w czasie ciąży tłómaczy łatwo fizyologiczna zmiana w położeniu macicy i jej części dodatkowych, a tem samem i guzów z nich wychodzących. Nagłe zaś zwiotczenie ścian brzusznych po porodzie i zwiększona ruchomość guza skutkiem szybkiego wypróżnienia macicy tłómaczą częste powstawanie skręcenia szypuły w połogu.

Dnia 22 maja b. r. zostałem zawezwany przez miejscowego lekarza pułkowego do wieśniaczki Maryi Litwin, skarżącej się na silne, napadowo występujące bóle w krzyżach i dolnej części brzucha.

Wywiady. Regularność wystąpiła w 17 roku życia. Rodziła 3 razy siłami natury. Ostatni poród 14 marca 1898. Od tego czasu do chwili obecnej pojawiła się raz tylko skąpa regularność z początkiem kwietnia b. r. Od ostatniego porodu zawsze czuła, że jej »coś w brzuchu rośnie i zawadza«. W listopadzie 1898 r. po ciężkiej pracy uczuła nagle silne bóle brzucha, napadowo występujące; bóle te po tygodniu ustąpiły dobrowolnie, pojawiały się jednak później przy każdej cięższej pracy. W nocy z dnia 21 na 22 maja wystąpiły nagle wymioty i silne rznięcie w dolnej części brzucha, przechodzące na krzyże. Bóle te, które chora porównywała do bólów porodowych, skłoniły ją do zawezwania pomocy lekarskiej.

Badanie przedmiotowe wykazało: Kobieta lat 30 licząca, dobrze zbudowana i odżywiona. Policzki zapadnięte, język lekko obłożony, podsychający. Ciepłota ciała 38·2, tętno 84, regularne, dość dobrze napięte. W narządach klatki piersiowej zmian niema. Sutki przy ucisku wydzielają skąpą ilość cieczy kleistej, białawej. Brzuch niejednostajnie powiększony, więcej po stronie lewej. Przez powłoki brzuszne czuć guz gładki, twardy, bardzo ruchomy, sięgający 8 cntm. wyżej pępka, ku dołowi ściśle odgraniczyć się niedający, bolesny tylko przy szybkiem przesuwaniu z boku lewego na bok prawy. Przy silnem wciśnięciu palców nad spojenie łonowe wysuwa się guz ku górze, a wtedy wyczuć można poniżej guza po stronie lewej opór, jakby postronek, gruby, bolesny.

Badanie przez pochwę wykazuje w sklepieniu tylnem macicę powiększoną, odpowiadającą trzeciemu miesiącowi księżycowemu ciąży. Jajników wyczuć nie można. Sklepienie przednie wypuklone przez guz gładki, łatwo ku górze wysunąć się dający, niestojący w bezpośrednim związku z macicą. Przy mocnem spychaniu guza ku dołowi wyczuć można w sklepieniu lewem postronek grubości trzech palców, bolesny.

Wobec wywiadów i badania przedmiotowego nie ulegało wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z torbielem jajnika, prawdopodobnie lewego, osadzonym na długiej szypule, i że bóle, przez chorą za porodowe uważane, pochodzą od skręcenia szypuły.

Dnia 24 maja przy asystencyi sekundaryusza szpitala, Dra Stangenhausa, i lekarza pułkowego Dra Bardasa, któremu niniejszy przypadek zawdzięczam, wykonałem owaryotomię.

Z żalem nadmienić muszę, iż szpital nasz, z powodu braku funduszów, nie posiada jeszcze dotychczas sterylizatora, wobec czego jedynie tylko bardzo ścisłem przestrzeganiem zasad antyseptyki chronimy się od zakażeń pooperacyjnych. Waciki z gazy i kompresy wygotowujemy i następnie stale trzymamy w rozczynie 1‰ sublimatu; narzędzia przed operacyą gotuje się w znanym przyrządzie Marsa.

Po należytem oczyszczeniu powłok brzusznych, cięciem 12 cntm. długiem, otwarłem jamę otrzewnej. Pomimo, iż guz nie wydawał się bardzo wielki, o ile z badania wnosić było można, to jednak nie zdołałem go wytoczyć przez ranę brzuszną dostatecznie długą, i z tego powodu byłem zmuszony pomniejszyć objętość torbiela przez wypuszczenie płynu. Aby uniknąć nagłego zapadnięcia się ścian i dostania się treści torbiela do jamy brzusznej, przeprowadziłem grube nitki jedwabne przez guz po obu brzegach rany brzusznej; pociągając końce nitek ku górze, łatwo w ten sposób utrzymać przednią ścianę guza w ranie brzusznej i zapobiedz dostaniu się treści torbiela do jamy otrzewnowej, co w danym przypadku nie było rzeczą zupełnie obojętną ze względu na poczynającą się sprawę zgorzelinową w guzie.

Po wypuszczeniu trójgrańcem $1^1/_2$ litra cieczy gęstej, krwawo zabarwionej, gdy objętość guza dostatecznie się zmniejszyła, zamknąłem otwór szczypczykami i guz już z łatwością na zewnątrz wydobyłem. Okazało się, że guz był usadowiony na długiej szypule czterokrotnie koło osi skręconej i to od strony lewej ku stronie prawej (a zatem wbrew prawidłu Küstnera). Na dolnej części guza tuż na granicy szypuły była ściana torbiela na przestrzeni srebrnego guldena czarno zabarwiona, co wskazywało na początek sprawy zgorzelinowej, wywołanej utrudnionem krążeniem krwi w naczyniach przebiegających przez silnie skręconą szypułę.

Szeroką taśmowatą szypułę podwiązałem kilkoma szwami węzełkowymi, o ile można było najniżej, i guz oddzieliłem. Dla pewnego zapobieżenia krwotokowi podwiązałem osobno

cienkim jedwabiem pojedyncze widoczne naczynia, poczem szypułę do jamy brzusznej zapuściłem.

Macica była w lekkiem tyłozgięciu, wielkością odpowiadała 3 miesiącowi księżycowemu ciąży; jajnik prawy zmian nie okazywał.

Jamę otrzewnową zamknąłem szwem kuśnierskim, a mięśnie i skórę połączyłem swem węzełkowym.

Guz po wycięciu badany przedstawił się jako torbiel jajnikowy jednokomorowy z nielicznemi wyroślami brodawkowemi (*kystoma papilliferum*). Ciężar guza wynosił $5^1/_2$ klgr. Ściana torbiela w miejscu czarno zabarwionem była krucha.

W wielkiej byłem obawie, czy z miejsca zgorzelinowego guza nie rozwinęło się już zakażenie otrzewnej, zwłaszcza wobec stanu gorączkowego, silnych bólów brzucha i wymiotów, na jakie chora skarżyła się przed operacyą. Przebieg pooperacyjny okazał jednak, że obawy te były płonne, bóle bowiem i wymioty ustąpiły zupełnie. Ciepłota ciała tylko raz w dniu operacyi wieczorem wynosiła 38^0, potem przebieg był zupełnie bezgorączkowy. Rana po zdjęciu opatrunku w 8 dni po zabiegu operacyjnym doraźnie zagoiła się. Dnia 7 czerwca chora wyleczona opuściła szpital.

Przypadek niniejszy zasługuje o tyle na uwagę, że szypuła była aż 4 razy koło osi skręcona i to tak silnie, że już rozpoczynała się sprawa zgorzelinowa, co, o ile mi z literatury dla mnie dostępnej wiadomo, należy do rzeczy dość rzadkich, a nadto, iż mimo zabiegu operacyjnego dość poważnego, w czasie niewątpliwej ciąży, poronienie nie wystąpiło.

II. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Przyczynek do kazuistyki obrażeń zwłok przez owady.

Podał
Dr. Stefan Horoszkiewicz
asystent zakładu.

W miesiącu kwietniu b. r. przysłano do tutejszego zakładu medycyny sądowej zwłoki dziecka z prośbą o wykonanie sekcyi policyjno-sanitarnej, celem stwierdzenia przyczyny śmierci.

Dnia następnego wykonano sekcyę, której protokół brzmi następująco:

Zewnętrznie: Zwłoki dziecka płci żeńskiej, trzy tygodnie liczyć mającego, dobrze zbudowanego, o znacznie podupadłem odżywieniu, 50 ctm. długie.

Plamy pośmiertne, miernie rozległe, sino zabarwione, na miejscach zwykłych. Stężenie trupie utrzymane w kończynach dolnych. Spojówki blade bez wynaczynionek.

2. Na ciele znachodzą się następujące ślady obrażeń:

a) na gładyszce otarcie naskórka wielkości ziarna prosa, przyschnięte, niepodbiegnięte krwią.

b) u nasady nosa, na jego grzbiecie, na policzku lewym, wzdłuż dolnego brzegu oczodołu lewego, na wardze górnej i na brodzie — rozległe otarcia naskórka o kształtach nieregularnych, brzegach zatokowatych, pergaminowato zaschnięte, w głębi krwią niepodbiegnięte.

c) w okolicy zewnętrznego prawego kąta ust otarcie naskórka wielkości ziarna grochu o cechach, jak poprzednie.

d) na szyi od przodu i po obu jej stronach liczne otarcia naskórka różnej wielkości, niektóre z nich kształtu półksiężycowatego, niepodbiegnięte, barwy brunatnej.

e) na grzbiecie ręki lewej, oraz na grzbiecie czterech zewnętrznych jej palców podobne drobne otarcia naskórka.

f) na grzbiecie falangi pierwszej wskaziciela palca wielkiego i trzeciego ręki prawej takież same drobne otarcia naskórka.

g) w okolicy obu pachwin, w okolicy sromu zewnętrznego, jak również po wewnętrznej stronie ud i na międzykroczu, rozległe otarcia naskórka barwy żółtej, pergaminowato przyschnięte, krwią niepodbiegnięte. Z wnętrza sromu wydobywa się ciecz krwawa.

Prócz tego znaleziono nad górnym brzegiem małżowiny usznej lewej, po stronie wewnętrznej stawu łokciowego lewego, wreszcie w okolicy stawu kolanowego, w okolicy kostki zewnętrznej przedudzia prawego i po zewnętrznej stronie stopy lewej drobne ropnie, stwierdzone jako takie nacięciem.

Oględziny wewnętrzne nie wykazały żadnych obrażeń narządów; natomiast wykazały obecność skrzepów schyłkowych i pośmiertnych w wielkich naczyniach i sercu, rozlany nieżyt oskrzelowy i nieżyt jelit. Inne narządy wewnętrzne nie przedstawiały zmian.

Jak to z przedstawionego protokołu sekcyjnego wynika, znaleziono na powłokach zewnętrznych cały szereg obrażeń, z których obrażenia na twarzy i szyi umiejscowieniem i kształtem swym mogły skłaniać do przypuszczenia, iż dziecię nie zmarło śmiercią naturalną, lecz gwałtowną z uduszenia, przez zatkanie górnej części dróg oddechowych i dławienie; obrażenia zaś w okolicy części płciowych mogły budzić usprawiedliwioną myśl o gwałcie płciowym, ponieważ, jak o tem poucza kazuistyka, znane są przypadki zgwałcenia nawet osesków.

Podejrzenia te okazały się jednak bezpodstawne z chwilą, gdy sekcya wykazała zmiany dostatecznie tłómaczące przyczynę śmierci w postaci rozlanego nieżytu oskrzeli i nieżytu jelit, jakoteż licznych ropni w tkance podskórnej, obok obecności skrzepów schyłkowych i pośmiertnych, braku przekrwienia narządów wewnętrznych, braku wynaczynionek podopłucnowych i podosierdziowych, słowem, gdy sekcya wykazała śmierć naturalną. Mimoto jednak należało jeszcze wyjaśnić sposób powstania powyższych obrażeń.[1]

Gdyby się one znajdowały już to na klatce piersiowej, na grzbiecie, lub na kończynach, i gdyby rozległość ich i liczba nie były tak wielkie, to możnaby je było uważać albo jako ślady akcyi ratunkowej, zazwyczaj polegającej na silnem nacieraniu skóry w rozmaitych okolicach ciała, lub jako powstałe przy przenoszeniu zwłok, ich myciu i ubieraniu. W opisanym przypadku można było z wyżej podanych powodów wykluczyć z całą stanowczością ten sposób powstania obrażeń. Należało się przeto uciec do wywiadów.

Od matki dziecka dowiedziałem się co następuje: Skoro po śmierci dziecka, zakupiwszy w mieście trumnę, powróciła do domu, spostrzegła, że zwłoki, ułożone na ziemi na sienniku, pokryte były niemal jednostajnym czarnym ruchomym całunem, złożonym z karakonów, które mają się znajdować w jej mieszkaniu w obfitej ilości. Jakkolwiek po usunięciu karakonów nie zauważyła żadnych uszkodzeń na zwłokach, przypuszcza jednak, że uszkodzenia te są wynikiem ukąszeń owadów.

Choć tłómaczenie to zasługiwało w zupełności na wiarę, wobec znanych już w tym względzie, lecz nielicznych spostrzeżeń, z których w dalszym ciągu zdam sprawę, postanowiłem przecież przekonać się o prawdziwości tego przypuszczenia doświadczeniem.

W tym celu umieściłem w słoju kawałek świeżej skóry wyciętej z zwłok, poczem wpuściłem do niego kilkanaście

karakonów, schwytanych w mieszkaniu zmarłego dziecka. Owady te poczęły zaraz skórę ogryzać, zmiany jednak na skórze stały się widoczne dopiero trzeciego dnia po wyjęciu skóry ze słoja i wystawieniu jej na przewiew powietrza, kiedy zatem miejsca z powodu ukąszeń pozbawione naskórka mogły się zeschnąć. Rozległością, kształtem i zabarwieniem odpowiadały obrażenia te w zupełności obrażeniom przy sekcyi znalezionym.

W ten sposób udało mi się stwierdzić dowodnie, że karakony (*Blatta orientalis* i *germanica)* żerują na zwłokach, wywołując obrażenia takie, jakie wśród sekcyi zauważono, i że obrażenia te stają się widoczne dopiero po dokładnem wyschnięciu powłok.

W dostępnej mi literaturze znalazłem tylko dwa podobne przypadki: jeden opisany przez Maschkę[1]), drugi przez Klingelhöfera[2]). W obu przypadkach autorowie przyjęli z pewnem prawdopodobieństwem ukąszenia karakonów, jako przyczynę znalezionych obrażeń. W przypadku Maschki zauważono na zwłokach dziewczęcia, wydobytego ze studni, liczne otarcia naskórka pergaminowato zaschnięte w okolicy warg, na szyi, na rękach, jakoteż w okolicy części płciowych zewnętrznych i po wewnętrznej stronie ud. Zmiany te skłoniły pierwszych znawców do rozpoznania uduszenia przez zatkanie górnej części dróg oddechowych, po podjętem usiłowaniu zgwałcenia. Zdaniem znawców sprawcy zwłoki tak zamordowanego dziecka wrzucili do studni. Przy rewizyi orzeczenia sprzeciwił się Maschka powyższym wywodom, oświadczając, że obrażenia te powstały najprawdopodobniej przypadkowo; powstać zaś mogły albo w chwili, gdy dziecię wpadało do studni, lub też zadane zostały zwłokom przez karakony, zanieczyszczające mieszkanie, w którem zwłoki po wydobyciu ich ze studni całą noc pozostawały.

Przypadek opisany przez Klingelhöffera był również przedmiotem dochodzenia sądowego.

Przy sekcyi 9-ciomiesięcznego dziecka znaleziono ciągnące się od obu kątów ust smugowate, zaschnięte, żółte otarcia naskórka, których dolna granica była nieregularną i w przeciwstawieniu do żółtego zabarwienia górnych części, ciemno-brunatna. Od lewego ucha wzdłuż szyi ku stawowi barkowemu ciągnęło się podobne otarcie. Na skórze klatki piersiowej stwierdzono żółte, zaschnięte otarcie szerokości 12 ctm. Takież otarcia naskórka znajdowały się na wewnętrznej powierzchni ud i na pośladkach, smugowate zaś po bokach klatki piersiowej obok licznych drobnych otarć na rękach.

Pierwsi znawcy oświadczyli w swem orzeczeniu, że obrażenia te wywołał najprawdopodobniej jakiś płyn żrący, jednak uczynili stanowczy sąd w tej sprawie zależnym od wyniku zaleconego przez nich badania chemicznego. Tymczasem badanie chemiczne narządów wewnętrznych nie wykryło ani śladu trucizny, natomiast znalazł chemik na wargach dziecka małą ilość związanego kwasu siarkowego, a w skórze, wziętej z miejsc uszkodzonych, trzy razy tyle siarki, ile się znajduje w prawidłowej skórze dorosłego człowieka. Prócz tego doświadczeniem wykazał chemik ogromne podobieństwo obrażeń, jakie powstają pod wpływem kwasu siarkowego, z obrażeniami, znalezionemi przy sekcyi i wobec tego oświadczył się z prawdopodobieństwem za powstaniem tych uszkodzeń przez polanie kwasem siarkowym. W kilka dni po sekcyi uwięziono ojca dziecięcia, nałogowego pijaka, jako podejrzanego o popełnienie zbrodni. W podejrzeniu tem utwierdzała ta okoliczność, że obwiniony, jako dozorca bateryj elektrycznych, był w posiadaniu kwasów. W śledztwie jednak zaprzeczał obwiniony stanowczo, jakoby targnął się na życie dziecka, tłómacząc się, że zwłoki mogły być jedynie uszkodzone przez karakony; zwłoki bowiem wieczorem zmarłego dziecięcia położył on na ziemi, a rano spostrzegł na nich wielką ilość karakonów, wobec czego ułożył je na stole.

Jakkolwiek Klingelhöffer w swem orzeczeniu końcowem nie wykluczył stanowczo, jako przyczyny śmierci, otrucia kwasem siarkowym, oświadczył jednak równocześnie, że tłómaczenie się obwinionego wydaje się być wielce prawdziwem. Sąd przychylił się do tego ostatniego oświadczenia i zaniechał sprawy, wobec czego wypuszczono ojca zmarłego dziecka na wolność.

Przypadek przezemnie za zezwoleniem mego Czcigodnego szefa, Prof. Wachholza, ogłoszony, w odróżnieniu od przypadków Maschki i Klingelhöffera, nie był przedmiotem dochodzeń sądowych, gdyż tak wynik sekcyi, jak i doświadczenie, przezemnie podjęte, pozwoliły z całą stanowczością uznać domysły matki dziecięcia za zgodne z prawdą.

Natomiast pouczają przypadki wyżej wspomnianych autorów, że obrażenia, wywołane przez karakony, mogą dać powód do przykrych pomyłek. Lekarz sądowy znalazłszy przeto podobne obrażenia, które w największej liczbie przypadków będą uderzały swą liczbą, rozległością i brakiem odczynu życiowego, powinien mieć i ten sposób ich powstania na myśli, starając się, gdy tego zajdzie potrzeba, w drodze wywiadów przypuszczenie swe utwierdzić. Często jednak, zwłaszcza wówczas, gdy sekcyę wykonywać będzie znawca niesumienny lub niedostatecznie obznajomiony z zmianami chorobowemi, mogą dać podobne obrażenia powód do całego szeregu błędnych wniosków. Znawca, który wykona sekcyę pobieżnie, przeoczy właściwą przyczynę śmierci; znawca nie biegły w rozpoznawaniu zmian chorobowych, chwyci się podobnych obrażeń, jak deski ratunku, a tak jeden, jak i drugi oprze swe orzeczenie na fałszywych premisach.

[1]) *Vjschr. f. g. M.* 1879, T. 30.

[2]) *Ibidem* 1898, T. 15.

III. O sztucznem mechanicznem i organicznem zamknięciu stałego suchego przedziurawienia błony bębenkowej

podał

Dr. Rafał Spira.

Błona bębenkowa stanowi ważną część narządu przewodzącego głos. Czynność jej polega na tem, że z jednej strony tworzy ona mechaniczną zasłonę ochronną dla głębszych części narządu słuchowego, mianowicie chroni od przystępu kurzu, powietrza, zimna i t. d., dalej od wyschnięcia i stężenia błon okien błędnikowych, stawów i ścięgien kostek słuchowych i wreszcie od ulatniania się płynu błędnikowego (Richey[1]). Z drugiej strony pośredniczy ona w przeprowadzeniu fal głosowych z ucha zewnętrznego do środkowego i wewnętrznego. Według Weinlanda[2]) błona bębenkowa ma także umożebniać uzmysławianie kierunku dźwięku i przez to przyczyniać się do ułatwienia oryentowania się zapomocą słuchu. Z tego wynika, że uszkodzenie tej błony,

a mianowicie przerwa w jej ciągłości, nie może być bez wpływu na narząd zmysłu słuchowego, którego stanowi ważną część składową.

Najczęstszą przyczyną zmian chorobowych w błonie bębenkowej stanowią różne choroby ucha środkowego, a jedno z najczęstszych następstw przewlekłego ropienia usznego jest stałe jej przedziurawienie. Wada ta bowiem powoduje przedewszystkiem przeszkodę w przewodnictwie fal głosowych i to nie tylko ze strony samej błony bęb., lecz zaburzenie przenosi się również i na kostki słuchowe, które w braku całej albo części błony bęb. nie mogą utrzymywać się w prawidłowem swem napięciu, wskutek czego zdolność ich drgania i przewodzenia staje się także upośledzoną i nadwerężoną. W następstwie tak pogorszonych warunków przewodzenia głosowego w uchu środkowem słuch musi w różnym stopniu uledz przytępieniu. Następnie, przy stałym ubytku w błonie bęb., błona śluzowa jamy bęb., pozbawiona prawidłowej swojej ochrony, zostaje narażona na szkodliwe wpływy zewnętrzne, jak zimno, kurz, wilgoć itd. i, co za tem idzie, podlega łatwiej częstym nawrotom spraw zapalnych i ropienia.

Otóż takie często powtarzające się ropne zapalenia ucha środkowego, jak miecz Damoklesa ustawiecznie grożą zdrowiu, a nawet życiu chorego; słusznie ostrzega Wilde[3]), mówiąc: „Dopóki ropienie w uchu istnieje, nie jesteśmy w stanie powiedzieć, kiedy i gdzie się skończy, ani dokąd doprowadzi“. Lekarze zatem starali się zawsze wszelkimi sposobami, aby takie ropienie trwale wyleczyć. Trwałe zaś wyleczenie podobnego ropienia może nastąpić pod dwoma warunkami: 1) aby przyszło do organicznego zamknięcia otworu w błonie bęb., albo 2) żeby błona śluzowa jamy bęb. powlokła się naskórkiem, czyli zbliznowaciała. Jeden i drugi sposób trwałego wyleczenia następuje nie rzadko samodzielnie. Dość często jednak do takiego zejścia choroby, mimo długiego trwania, nie przychodzi. W takich razach, jak wogóle we wszystkich przypadkach stałego przedziurawienia błony bębenkowej, usiłowano już od bardzo dawna doprowadzić do czasowego mechanicznego, lub do stałego organicznego zamknięcia takiego patologicznego otworu, aby z jednej strony, wytwarzając dla jamy bęb. sztuczną ochronę, tem samem zapobiegać częstym nawrotom ropienia, z drugiej zaś strony, zastępując brak w przewodnictwie głosowem, podnieść bystrość słuchową. W tym celu obmyślano i zastósowano najróżnorodniejsze środki, przyrządy, zabiegi i sposoby. Zależnie od rodzaju zamierzonego zamknięcia jamy bęb. możemy stósowne próby i usiłowania nasze podzielić na takie, któreby a) dążyły do mechanicznego i takie, które b) zmierzałyby do organicznego zastąpienia ubytku w błonie bębenkowej. a) Do mechanicznych sposobów zamknięcia błony bęb. należą tak zw. „sztuczne bębenki“, protezy dla jamy bębenkowej. Mimo, że już minęło $2^1/_2$-stulecia od czasu, gdy poraz pierwszy zalecono takie protezy w celu poprawienia słuchu, to przecież dopiero w środkowych latach naszego stulecia zdołały one nabrać większego rozgłosu i szerszego zastósowania. Lecz i te ulepszone sposoby skazane w ostatnich czasach na ustąpienie miejsca udoskonalonym metodom, zmierzającym ku organicznemu zamknięciu błony bębenkowej.

W roku 1640 podał lekarz Marcus Banzer w rozprawie pod tytułem „De auditione laesa“ pierwszy raz sztuczny bębenek w postaci rurki z tkanki rogowej, na jednym końcu pęcherzem zwierzęcym powleczonej. W roku 1763 Leschevin przypomniał to samo polecenie i w początku tego wieku, w roku 1815, Autenrieth[4]) na nowo zwrócił uwagę na ten przedmiot, podając podobny przyrząd dla zasłonięcia błony śluzowej jamy bębenkowej i dla poprawienia słuchu, składający się z rurki ołowianej, powleczonej na jednym końcu pęcherzem rybim. Te jego polecenia, jak niemniej jego następców: Harda, Deleaua, Toda i Linckego nie znalazły wielu zwolenników i praktycznie mało zastósowane zostały. Dopiero postępowanie Yearsleya[5]) 1848 i Erharda[6]), polegające na wsuwaniu zmoczonej kuleczki waty do przewodu zewnętrznego usznego aż po błonę bęb., stanowiło znaczny krok naprzód i zyskało ogólne uznanie i naśladowanie. Na ten pomysł Y. naprowadzony był przez chorego, który mając zniszczone obie błony bęb., zauważył znaczne polepszenie słuchu, gdy sobie, w celu oczyszczenia, wsunął głęboko do przewodu usznego zwitek papieru, zmaczany na wewnętrznym końcu śliną. O podobnych spostrzeżeniach ze strony swych chorych podają Itard i inni autorowie. Otóż Y. zastąpił papier kuleczką waty, którą zgłębnikiem albo szczypczykami wsunął do ucha aż po błonę bębenkową.

Toynbee[9]) dowiedział się od swoich chorych, że czasem wśród przestrzykiwania ucha słyszą chwilowo lepiej. Śledząc za przyczyną tego zjawiska i kontrolując je, doszedł do przekonania, że owa poprawa słuchu następuje w chwili, w której otworek w błonie zostaje zasłonięty przez kroplę wody i znika równocześnie z wypływaniem tej kropli i ustaniem tego zamknięcia. W roku 1853 T. zastąpił watę Yearsleya protezą własnego pomysłu, składającą się z kolistej płytki gumowej 6—7 mm. w średnicy mającej, w środku przymocowanej do drucika srebrnego, służącego do wprowadzenia do przewodu zewn. usznego *(Fig. a)*. Wyprostowując przewód uszny przez naciąganie za małżowinę ku górze i ku tyłowi lewą ręką i trzymając ten przyrząd w prawej ręce za pierścionkiem na pręciku, wprowadza się go ostrożnie w głąb ucha, aż się napotka na słaby opór. Przed spaniem należy zawsze ten sztuczny bębenek wyjąć, aby uniknąć przypadkowego ucisku na drucik. Jest to pierwszy sztuczny bębenek, który utrzymał się w pierwotnej swej postaci do ostatnich czasów, obok różnych modyfikacyj.

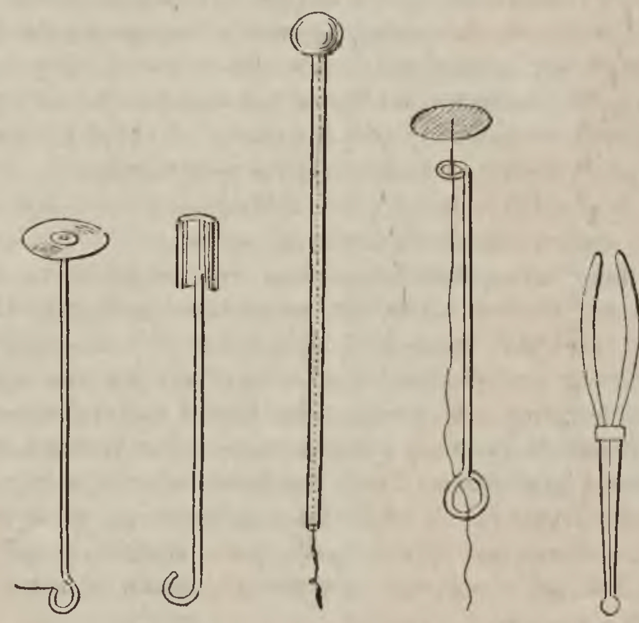


Fig. *a.* Fig. *b.* Fig. *c.* Fig. *d.* Fig. *f.*

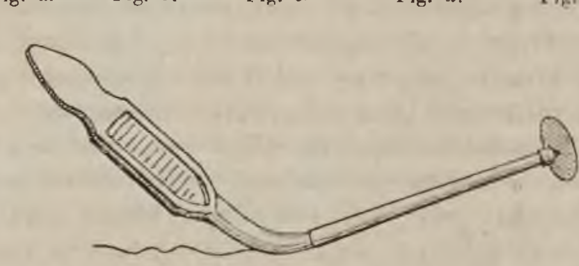


Fig. *e.*

Odkrycie to zaznaczało ważny postęp, szybko zostało rozpowszechnione i stanowi epokę w historyi nauki o sztucznym bębenku. Widzimy tu nierzadkie w historyi nauk i sztuk ciekawe zjawisko, że bardzo pożyteczny i doniosłej wagi wynalazek zawdzięcza swój początek przypadkowemu spostrzeżeniu ludzi, niewtajemniczonych w podwaliny wiedzy.

Z czasem wystąpiły na jaw różne wady tego przyrządu, jak szmery, które wśród jedzenia i mówienia wywołuje pręcik, prędkie jego psucie się, potrzeba usuwania przyrządu tego przed spaniem i inne, które starano się usunąć przez cały szereg mniej lub więcej pomysłowych modyfikacyj, podanych przez Lochnera, Burkhardta, Lucaego, Hardtmana, Politzera, Grubera i in., którzy starali się przyrząd ten coraz więcej udoskonalać przez zmianę materyału blaszki, przez nadanie innej postaci przyrządu i używanych płynów. Pomysłowość otyatrów na tem polu w szerokich rozwinęła się granicach i okazała się płodną w owocc. I tak, zamiast drucika można używać nitki (Hinton), na której krążek jest przymocowany, a wprowadzenie do ucha wykonuje się wtedy zapomocą rurki *(Fig. c. i d)*, albo szczypczyków umyślnie w tym celu zrobionych *(Fig. e)*. Tak zmieniony bębenek może chory nosić także przez noc i przez dłuższy czas, a tylko od czasu do czasu należy go wyjąć w celu oczyszczenia. Zamiast gumy używano celuloidyny, kolodyonu, płótna (Gruber [8]), papieru (Blake [9]), *protectiv silk* (Czarda), waty, fiszbinu, błonki z jaja (p. niżej), papieru złotarskiego (Lincke: Ohrenheilkunde). Politzer używa dla taniości w praktyce ubogich kawałeczka gumy drenowej, który wprowadza do ucha zapomocą drucika do niego przymocowanego *(Fig. b)*. Baumgarten [10]) osiągnął przy zastosowaniu tamponika z waty, umaczanego w rozczynie kokainy, znaczniejszą poprawę słuchu, niż przy używaniu w tym celu innych płynów. Spalding [11]) poleca benzinol, przy którego używaniu dla zwilżenia sztucznego bębenka, zamiast gliceryny, chory dalej i jaśniej słyszy i który nie drażni. Politzer poleca w tym celu *oleum vaselinicum*, albo mieszaninę z *Zinc. olein. 1·0, Vaselin. liquid. 10·0.* W roku 1892 Theobald [12]) proponuje przykładanie krążka z waty zwilżonej w waselinie albo w mięszaninie balsamu peruwiańskiego z waseliną, który ma zostać w uchu przez 6—7 dni i opisuje przypadek, w którym po 2 miesięcznem używaniu tego sposobu przyszło do zamknięcia przedziurawienia. Zdaje się jednak, że ten przypadek został zupełnie odosobniony, i metoda ta wcale nie przyjęła się i poszła całkiem w zapomnienie.

Protezy z waty mają jeszcze tę zaletę, że wsiąkają w siebie, gdzie zachodzi potrzeba, wydzielinę z jamy bęb. i że tą drogą można równocześnie zastósować różne leki, jak np. kw. borowy, salicylowy, środki ściągające i t. p. Nadto zostają one, nie przemieszczając się, w miejscu ich włożenia i nie drażnią, a co się tyczy ich wpływu na polepszenie słuchu, to nie ustępują bębenkom Toynbeego i ich odmianom. Z małego zwitka waty zwija się małą, dobrze ściśniętą kulkę, macza się ją w waselinie albo glicerynie z wodą i wsuwa zapomocą szczypczyków lub zgłębnika aż po za resztę błony bęb. Jeżeli chory to dobrze znosi, można ją tam na jakiś czas ustalić zapomocą kilku kropli kolodyonu. Hassenstein podał osobne szczypczyki *(Fig. f.)* w celu wprowadzania i utrzymywania w uchu takiego bębenka z waty. Sposobem Bartha można sobie improwizować sztuczny bębenek z waty, wyciągając długie pasemko waty i skręcając je w ten sposób, żeby wytworzył się z niej rodzaj rączki czyli trzonka twardego, na 4 ctm. długiego, zakończony na przeciwnym końcu małym miękim zwitkiem waty. Trzonek ten macza się w kolodyonie, po wyschnięciu którego wytwarza się twardy pręcik, zapomocą którego mały tamponik łatwo daje się wprowadzać w głąb przewodu usznego. Delstanche odgina jeden koniec miękiego drucika i owija go watą tak, że staje się kolistym i zdatnym do zastąpienia ubytku w błonie bęb. Przyrząd ten jest bardzo mięki tak, że niebezpieczeństwo skaleczenia głębszych części ucha przez ucisk lub uraz wykluczone.

Bębenki sztuczne, improwizowane metodą Katza, odznaczają się swoją sprężystością i podatnością, przez co mało drażnią. Gwoli tej metody bierze się rozczyn z 10·0 celuloidyny na 50·0 absolutnego wyskoku i 50·0 eteru. Po zupełnem odparowaniu wyskoku i eteru otrzymujemy jasną, cienką i sprężystą blaszkę, z której możemy sobie wycinać okrągłe krążki dowolnej wielkości. Na środku tych krążków przylepia się pręciki z waty, zwiniętej i zmaczanej w rozczynie celuloidyny, które po stężeniu dają się używać, jako trzonki dla wprowadzenia do przewodu ucha zewn. Takie sztuczne bębenki można sobie sporządzać w większej liczbie i zachować w 40% wyskoku.

Michael wpadł na oryginalny pomysł. Przekonawszy się o poprawie słuchu, jeżeli po przestrzyknięciu kropla płynu pozostanie w uchu, wkraplał do chorego ucha tak długo glicerynę, aż osiągnął możebnie najlepszą zdolność słuchową, potem dolewał kilka kropli kolodyonu, który, wysychając, wytwarzał błonkę, pokrywającą ubytek w bębenku i tym sposobem sprowadził poprawę słuchu na kilka dni.

Guranowski smaruje brzegi ubytku 10% rozczynem fotoksyliny, po wyschnięciu jednej warstwy dodaje drugą i powtarza to tak długo, aż luka w błonie całkiem zostaje zamknięta.

Kosegarten zachwala, jako bardzo skuteczne, wdmuchiwanie sproszkowanego hałunu tak długo do ucha, aż stworzy on powłokę, zastępującą lukę w błonie bębenkowej. W istocie okazało się, że zapomocą tej metody można osiągnąć lepsze wyniki, niż każdą inną, tylko że w miejsce hałunu weszły w użycie kw. borowy, jodoform i inne proszki. Takie bębenki z proszków mogą pozostać na miejscu przez tygodnie i miesiące, nie sprawiając żadnych dolegliwości, a tem samem prześcigają co do skuteczności wszystkie inne rodzaje sztucznych bębenków.

Dobre w wielu przypadkach, a czasem nawet zbawienne działanie sztucznych protez, dało pohop szalbierstwu i partactwu do naśladowania, że tu tylko wspomnę okrzyczane i osławione bębenki i olejki uszne Nicolsona, które, stósowane bez krytyki i bez kontroli lekarza, mogą nie tylko pozostać bezskutecznymi, ale nawet okazać się bardzo szkodliwymi. (c. d. n.).

IV. Wyciągi.

W. Horodyński i W. Maliszewski: **O ranach serca.** (Z kliniki chirurg. Prof. J. Kosińskiego). *(Medycyna,* 1899, Nr. 21 i 22). Po skreśleniu historyi zapatrywań na znaczenie zranień serca, ich etyologii, objawów i zalecanych sposobów leczenia, opisują autorowie 3 własne przypadki, spostrzegane w krótkim przeciągu czasu w Warszawie, które tu w streszczeniu przytaczamy:

1) Kobieta, 23 lat licząca, rana kłóta w III międzyżebrzu, 2 ctm. od lewego brzegu mostka. Nieprzytomna. Wstrząs. Tętno niewyczuwalne. Oddech powierzchowny. Powiększenie wypukowego stępienia serca. Tony serca głuche. Natychmiast przystąpiono do operacyi bez uśpienia. Cięcie podłużne przez ranę od III żebra do dolnego brzegu V. Chrząstkę III żebra przecięto, IV i V-go wypiłowano. Ranę w lewym worku opłucnowym rozszerzono. Po odszukaniu rany w osierdziu, i ją rozszerzono także do 7—8 ctm. Teraz dopiero spostrzeżono ranę w prawej komorze serca 1,5 ctm. szeroką. Przy każdym skurczu tryska z niej obficie krew. Na ranę w sercu założono 5 szwów jedwanych, worek osierdziowy zaszyto również w zupełności. Ranę skórną zaszyto częściowo. Śmierć 22-go dnia po operacyi. Podczas sekcyi znaleziono: *pleuritis purulenta sinistra, pleuro-pneumonia marginalis dextra, pericarditis adhaesiva anterior, pericarditis purulenta sanata posterior.* Zrost rany w sercu zupełny; w osierdziu znaleziono dwa swobodnie leżące szwy węzełkowe.

2) Mężczyzna, 24 lat liczący, został pchnięty nożem w III lewe międzyżebrze na zewnątrz od linii sutkowej. Nieprzytomny. Tętno niewyczuwalne. Oddech powierzchowny. Tonów serca nie słychać. Operacya bez znieczulenia. Cięcie od rany do lewego brzegu mostka. Wypiłowano III żebro. Rana w opłucnej $1^1/_2$ ctm. długości. Jama opłucnowa wy-

pełniona krwią. Ranę opłucnową rozszerzono. W osierdziu rana 2 ctm. i tę również rozszerzono. Na lewej komorze rana $1^1/_2$ ctm. długa. Krwawienie obfite, krew jasna. Na ranę serca założono 3 szwy jedwabne. Ranę w worku osierdziowym częściowo zaszyto, częściowo brzegi jego przyszyto do opłucnej ściennej. Jamę osierdziową i opłucnową osączkowano. Ranę skórną częściowo zaszyto. Śmierć 4 dnia. Sekcya wykazała: *Pericarditis purulenta, pleuritis sinistra purulenta.* Szwy na sercu trzymają dobrze. Rana nie była drążącą. Skaleczona była gałęź tętnicy wieńcowej.

3) Mężczyzna, 29 lat liczący; rana kłóto-cięta w V międzyżebrzu, 7 ctm. długa z obu stron linii sutkowej. Przytomny, trochę podchmielony. Chodzi bez pomocy. W tętnicy ramieniowej wyczuwa się tętno. Oddech utrudniony. Operacya bez uśpienia: cięcie skórne w V międzyżebrzu przedłużono do mostka. Przy mostku 2 dodatkowe cięcia w górę i na dół. Resekcya chrząstek V i VI żebra. Ranę w osierdziu $2^1/_2$ ctm. długą rozszerzono do 5 ctm. Na wierzchołku serca na tylnej ścianie płatowa rana w kształcie języka. Krwawienie żywe. Płat podczas operacyi oderwał się. Trzema szwami z jedwabiu ściągnięto brzegi rany. Śmierć po upływie 26 godzin. W worku opłucnowym znaleziono na sekcyi $^1/_2$ ltr. krwawego płynu. W osierdziu zmian widocznych niema. Szwy trzymają.

Dotychczas z powodu ran w sercu u ludzi operowano 9 razy (Farina, Cappelen, Rehn, Giordano, Horodyński po 1 razie, A. Parrozzani i W. Maliszewski po 2 razy) i zeszyto ranę w lewej komorze 5 r., w prawej 2 r., w lewym przedsionku i na wierzchołku serca po 1 razie. Wszystkie rany były kłóte, ale tylko 2 razy niewątpliwie drążyły przez całą grubość ściany serca. Rana zewnętrzna trzy razy była w III międzyżebrzu, 2 razy w IV, raz w V i raz w VII. W dwóch przypadkach położenia rany zewnętrznej bliżej nie określono. Technika operacyjna w każdym niemal przypadku odmienna. Najczęściej resekowano V lub III żebro. We wszystkich przypadkach otwartym był worek opłucnowy lewy. Dwa tylko przypadki zakończyły się wyzdrowieniem (Rehna i Parrozzaniego), w 7 innych nastąpiła śmierć i to: w 3 przed trzema dniami, w 1 przed 5. w dwóch między 19 a 22 dniem po operacyi, w jednym zdaje się po tygodniu. Przyczyną śmierci w 4 przypadkach było zapalenie ropne osierdzia i opłucnej, w jednym upadek sił, w dwóch przyczyna niewiadoma. *Herman.*

Hainebach: **Przyczynek do etyologii gorączki gruczołowej Pfeiffera.** *(Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 26, 1899). W r. 1899 opisał Pfeiffer gorączkę gruczołową „Drüsenfieber", jako pojawiającą się u dzieci osobną chorobę, której głównymi objawami są: gorączka, ból głowy, bóle w szyi przy połykaniu i poruszaniu głową, oraz obrzęk gruczołów karkowych i szyjnych. Gorączka zwykle w przeciągu kilku dni ustępuje, chory wraca do zdrowia, w niektórych jednak przypadkach jako powikłanie występuje krwawe zapalenie nerek. Choroba ta niewątpliwie jest zakaźną, jak o tem świadczy nagminne jej występowanie, przebieg itd., a jednak dotychczas nie znamy jej przyczyny. Z badaczy, zajmujących się tą chorobą, jeden tylko Czajkowski znalazł w trzech przypadkach w gruczołach i we krwi drobnoustroje, inni przypisują pojawienie się tej choroby gronkowcom i paciorkowcom, które w tych przypadkach prawdopodobnie przedostają się przez błonę śluzową gardła i migdałków, nie uszkodziwszy jej, a wywołują zmiany w sąsiednich gruczołach szyi. Za takiem przypuszczeniem przemawiałoby następujące spostrzeżenie autora: 8-letni chłopiec zasłabł nagle wśród następujących objawów: wymioty, gorączka, lekki ból gardła; przedmiotowo zaś stwierdzono gorączkę i powiększenie gruczołów szyjnych i podszczękowych, brak jakichkolwiek zmian na błonie śluzowej gardła. Trzeciego dnia pojawiło się krwawe moczenie, które jednak w kilka dni po ustąpieniu gorączki zupełnie ustąpiło.

Opierając się na tych objawach, rozpoznał H. gorączkę gruczołową. W kilka dni później zachorowało dwoje rodzeństwa na typowe zapalenie mieszkowe gardła z zwykłym przebiegiem i gorączką — i ztąd wnosi H., że jedna i ta sama przyczyna wywołała chorobę u tych trojga chorych, że te same drobnoustroje, a więc gronkowce i paciorkowce, wywołujące u dwojga z nich zapalenie mieszkowe migdałków, wywołały u trzeciego gorączkę gruczołową. *Raczyński.*

Gilbert A. prof. i Fournier L. **Obrona ustroju zapomocą włóknika.** *(La défense de l'organisme par la fibrine). La Semaine médicale,* 1899, Nr. 26). W pewnych chorobach gorączkowych ilość włóknika we krwi wzrasta. Siatka włóknika pod drobnowidem jest wówczas bardzo wyraźna, a krew szybko krzepnie. Wydarza się tak n. p. w zapaleniu płuc włóknikowem. Podług autorów zwiększenie włóknika we krwi ma swój cel, a mianowicie obronę ustroju pod pneumokokami, jak w zapaleniu płuc włóknikowem, a przed innymi drobnoustrojami, jak w innych chorobach zakaźnych. Włóknik otacza drobnoustroje i tak je niejako żywcem zamurowywuje.

Oprócz powiększenia ilości włóknika we krwi występuje też to samo w pewnych miejscach, zagrożonych przez chorobę. Jest więc obok ogólnej hiperfibrynozy *(hyperfibrinose générale)* miejscowe nagromadzenie włóknika *(h. locale).*

Znaczenie włóknika, rozpatrywane z tego stanowiska, nabiera w patologii wielkiej wartości. Wszystkie wypociny, zakrzepy, wysięki są polem działania dla włóknika, który znów broni celowo ustroju.

Hiperfibrynoza w połączeniu z leukocytozą rzeczywiście cechuje choroby zakaźne; pojawianie się jej jest odczynem zbawiennym dla ustroju[1]). *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Bruner Władysław. **O zastosowaniu leczniczem upustu krwi (venaesectio).** *(Nowiny Lekarskie,* 1899, Nr. 6). Z jednej strony istnieją i dzisiaj zagorzali zwolennicy puszczania krwi, z drugiej jej przeciwnicy. Autor nie zapala się zbytnio do tego sposobu leczniczego, stósuje go jednak w razie odpowiednich wskazań. A do wskazań należą: niektóre przypadki zapalenia włóknikowego płuc, przewlekłych chorób serca i płuc, w których brak wyrównania w czynności serca. Działanie puszczenia krwi jest przeważnie mechaniczne. Wskutek odciągnięcia pewnej ilości krwi opór w układzie naczyniowym zmniejsza się, wymagania stawiane sercu obniżają się, a serce, doznawszy ulgi, może wydatniej pracować. Wyniki, które miał sam autor, zachęcają do stósowania upustu krwi, zwłaszcza w zapaleniu płuc włóknikowem w razie sinicy. Ulga podmiotowa i przedmiotowa następowała natychmiast.

Prócz tego można jeszcze puszczać krew w udarze mózgowym, choć co do tego zdania są bardzo sprzeczne. Tak samo można próbować tego zabiegu w mocznicy, w której uzasadnienie teoretyczne puszczania krwi jest nawet wcale dobre. Autor, opierając się na swojej dawniejszej pracy *(Pam. T. L. W.* Tom 92) sądzi, że w mocznicy istnieje obrzęk krwi, odciągając więc zapomocą puszczenia krwi nadmiar płynu, usuwamy obrzęk krwi.

Puszczanie krwi w błednicy uważa autor za zupełnie niepotrzebne, kiedy mamy środki leczące błednicę, jak żelazo i spokój.

Ilość upuszczonej krwi na raz 200—400 ctm.^{3} z przegubu łokciowego. Zabieg w razie potrzeby można powtórzyć. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. Uffenheimer. **Przyczynek do histologii i histogenezy torbieli brodawkowatych jajnika.** *(Münch. med. Woch.* Nr. 21 i 22). Autor badał mikroskopowo (skrawki seryami) cztery przypadki tego rodzaju torbieli. Na podstawie tych badań doszedł do szeregu wniosków, i tak: torbiele te powstają z przybłonka powierzchni jajnika, są zawsze pochodzenia przybłonkowego. Na to jakoby miały one powstawać

[1]) *Przyp.* Poglądy, wyrażone w tej pracy badaczów francuskich, są nadzwyczaj pociągające, a co do hiperfibrynozy miejscowej i ogólnej zupełnie nowe. Myśl bardzo szeroka i godna głębszego zastanowienia. Podaję ją też zaraz do wiadomości czytelników *Prz. Lek.* *Przyp. Dr. St. E.-R.*

z przybłonka torebek (folikułów) niema dotychczas żadnych dowodów. Pojawianie się w nich przybłonka z migawkami pochodzi od przeobrażenia (metaplasia). Ciałka piaszczyste (Psammome) wytwarzają się z powodu zwyrodnienia przybłonków; występują one już w samych początkach powstawania brodawek. Torebki, których ściany uległy zniszczeniu z powodu ugniecenia mogą pozostawiać jaja, kształt torebki nie musi być owalny, bo kształt ich zależy od warunków mechanicznych. Prawie w każdym torbielu brodawczastym znajdują się szklisto zwyrodniałe naczynia.

Jakie jest tło powstawania tego rodzaju nowotworów, trudno orzec; co stanowi ten czynnik pobudzający przybłonek powierzchni jajnika do wytwarzania nowotworu, to jest dotychczas zagadką. *St. D.*

Weiss S.: **Pierwszeństwo odkrycia tak zw. wczesnego objawu Koplikowskiego w odrze.** *(Wien. klin. Wochenschrift*, 1899, Nr. 25). Niedawno ogłosił znany pedyatra amerykański, Dr. H. Koplik, objaw, który pozwala na wczesne rozpoznanie odry *(Medical Record, 1898, Nr. 1431, „A new diagnostic sign of measles“).* Są to drobniutkie pęcherzyki barwy niebieskawo-białej na tle jasno-czerwonem błony śluzowej warg i policzków; objaw ten wyprzedza na dobę do dwóch dób osutkę na skórze.

Objaw ten potwierdzili niebawem wszyscy spostrzegacze, nazwano go „wczesnym objawem Koplikowskim“, tylko dziwiono się powszechnie, jak objaw ten mógł ujść dotąd oczom lekarzy.

Tymczasem tak nie jest, bo już w r. 1880 opisał go bardzo dokładnie, nawet dokładniej niż Koplik, lekarz duński Dr. N. Flindt (w sprawozdaniach duńskiego *„Sundhedscollegium“, „Sundhedskollegiets Aarsberetning for 1880“)*, a ztamtąd powtórzył w tłómaczeniu niemieckiem Jürgensen w pracy swej o osutkach ostrych (wyszła roku 1896 w tomie IV, *„Specielle Pathologie und Therapie“*, wydawanem przez prof. Nothnagla).

Flindt podaje, że drobne te pęcherzyki, podobne do gruzełków prosówkowych, można nawet wyczuć dotykiem, bo są wystające ponad otoczenie. Również przytacza ważny szczegół, że występują też na spojówkach powiekowych.

Pierwszeństwo więc odkrycia wczesnego objawu odry należy się niewątpliwie Flindtowi.

(Z tego powodu należy objaw ten nazywać objawem Flindtowskim, albo Flindt-Koplikowskim, ponieważ mimo, że Flindt go odkrył, dopiero Koplik wyrobił mu powszechne prawo obywatelstwa w dyagnostyce. Przyp. Dr. St. E. R.). *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

J. Mikulicz: **Przyczynek do operacyjnego leczenia rozszczepów wrodzonych pęcherza.** *(Ctrbl. für Chir.*, 1899, Nr. 22). Niezależnie od Rutkowskiego i mniej więcej w tym samym czasie (bo tylko miesiąc później) wpadł M. na myśl plastyki pęcherza zapomocą pętli jelitowych. Różnica w tem, że gdy Rutkowski kończy całą operacyę na jednem posiedzeniu, Mikulicz rozdziela ją na kilka okresów, a rozpoczyna od wykluczenia odcinka 12 ctm. długiego z dolnej części jelita biodrowego. Ten wykluczony odcinek zapuszcza na razie napowrót do jamy brzusznej, jeden koniec zaszywszy zupełnie ślepo, a drugi wszczepiwszy w powłoki brzuszne tuż ponad szczytem wynicowanego pęcherza. Dopiero po kilku miesiącach, kiedy już jest pewnym, że ewentualny zanik wykluczonego jelita postępować nie będzie, przystępuje do dalszych aktów operacyi, których na razie nie opisuje. Jeden chory w ten sposób operowany potrafił utrzymywać w pęcherzu około 100 gr. moczu.

Herman.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 7 czerwca 1899 r.

Przewodniczący: kol. prezes prof. Pieniążek. Członków obecnych 30.

Prezes odczytuje pismo prof. Rydygiera. który zaprasza Tow. lekarskie na Zjazd chirurgów w lipcu b. r., w dniach 18, 19 i ewent. 20-tym odbyć się mający.

Kol. prof. Jakubowski składa sprawozdanie z czynności Komitetu przedwyborczego do wyborów do Izby lekarskiej krak. Największą ilość głosów na członków otrzymali koll.: Łazarski, Wachholz, Gwiazdomorski, Rutkowski — na zastępców koll.: Kohn, Raczyński, Zarewicz i Droba; tych też Komitet poleca.

Po przemówieniach koll. Surzyckiego, Kwaśnickiego, Jordana, Pieniążka, Jakubowskiego i Hermana Hirscha przystąpiono do głosowania. Najwięcej głosów na członków Izby kolejno otrzymali koll.: Ponikło, Łazarski, Wachholz, Rutkowski — na zastępców koll.: Zarewicz Raczyński, Gwiazdomorski i Droba.

Kol. Rutkowski: demonstrował 1) igłę długości około 10 ctm., wyjętą z cewki moczowej chłopca 16-letniego; 2) szpilkę podwójną, około której wytworzył się w pęcherzu kamień wielkości jaja kurzego, wydobytą u kobiety zapomocą kolpocystotomii; 3) nerkę wyciętą z powodu jej zropienia, które powstało na tle kamienia miedniczki; 4) woreczek żółciowy z trzema kamieniami, wydobyty u kobiety 63-letniej, która przed 17 laty przebyła dur brzuszny, a od 7 lat cierpiała na napady kolki żółciowej, w ostatnich czasach bardzo gwałtowne. Badanie bakteryologiczne treści woreczka wykazało prątki, posiadające wszystkie cechy hodowlane prątka durowego.

Kol. Droba demonstruje hodowle rzeczonych prątków. Kol. Ciechanowski interpeluje, czy była robiona próba z surowicą. Kol. Droba sądzi, że próba ta straciła już swe znaczenie, odkąd stwierdzono jej obecność także w cierpieniach nic nie mających wspólnego z durem. Kol. Lewkowicz zaznacza, że chodzi właściwie nie o próbę Widala, lecz o próbę Grubera. Mając surowicę, która niewątpliwie prątki durowe aglutynuje, możemy zapomocą niej odróżnić prątki durowe od wszelkich innych. Kol. prof. Klecki utrzymuje, że dotychczas nie znamy żadnych pewnych cech, któreby pozwalały odróżnić na pewne prątek durowy od innych prątków t. z. grupy kolonowej.

Kol. doc. Ciechanowski przedstawia:

1) [PS. 498/99]. Przypadek pęknięcia tętnicy głównej u kobiety 66-letniej, u której zresztą oprócz miażdżycy tętnic znaleziono tylko jeszcze zaniki narządów wewnętrznych i mierny przerost obu połów serca bez wykazać się dającej podstawy anatomicznej. — Tętnica główna pękła półkolisto na $5\frac{1}{2}$ ctm. powyżej zastawek półksiężycowatych, jeszcze w obrębie worka osierdziowego; pęknięcie, długie na 5 ctm., przebiega poprzecznie, jest prawie prostolinijne, a od jednego z jego kątów odchodzi skośnie ku górze druga szczelina, długa na $1\frac{3}{4}$ ctm. Brzegi pęknięcia w tym kącie są zaokrąglone, w drugiej zaś połowie ostre i tutaj widać wyraźnie, że pęknięcie przechodzi na wskroś przez wszystkie trzy warstwy ściany tętniczej. W głębi otworu widać skrzepy, za życia powstałe, na powierzchni żeberkowane. Przez szczelinę w ścianie tętnicy wydostawała się krew poczęści między warstwy ściany, stąd też na niewielkiej przestrzeni powstał krwiak śródścienny (t. zw. *aneurysma dissecans)*, głównie jednak wylewała się krew pomiędzy tętnicę główną a nasierdzie (*epicardium*), pokrywające nasadę wielkich naczyń serca i tu utworzył się krwiak wielkości jaja kurzego. Nasierdzie samo jest również pęknięte w jednem miejscu, nieco bliżej ujścia tętniczego lewego, niż pęknięcie ściany tętnicy; brzegi tego otworu w nasierdziu są strzępiaste, nierówne, otwór sam biegnie prawie poziomo i mierzy około 3 ctm. długości. W worku osierdziowym znajdowała się znaczna ilość krwi płynnej i skrzepów pośmiertnych. Nie ulega wątpliwości, że czynnikiem usposabiającym do pęknięcia były znaczne i rozległe zmiany miażdżycowe, istniejące w tętnicy głównej i szczególnie wyraźne w okolicy samego pęknięcia. Zaokrąglenie brzegów pęknięcia i silne zlepienie się ich ze skrzepami, leżącymi pomiędzy ścianą tętnicy a nasierdziem, widoczne w wewnętrznym kącie pęknięcia, świadczyłyby, że pęknięcie w tej części powstało najdawniej; w części zewnętrznej powstało ono później i szybciej, jednakże i tu obecność skrzepów że-

berkowanych, za życia powstałych, zdawałaby się przemawiać za tem, że życie czas jakiś potem jeszcze trwało. Śmierć nastąpiła prawdopodobnie dopiero później, wskutek wylania się krwi do worka osierdziowego przez szczelinę w osierdziu, noszącą wszystkie cechy pęknięcia świeżego. Już te okoliczności wskazywałyby, że w przedstawionym przypadku mogłoby pęknięcie powstać bez wszelkiego udziału urazu zewnętrznego, jedynie pod wpływem zwiększonego parcia krwi na osłabioną i nadwerężoną ścianę tętnicy, n. p. pod wpływem kolejnych wysiłków fizycznych. Wywiady nie dostarczyły zresztą pod tym względem żadnych wskazówek, gdyż chora przybyła do szpitala już konająca. Przypadek przytoczony przedstawia wiele podobieństwa do przypadku, demonstrowanego przed rokiem przez kol. Nowaka, w którym jednakże pęknięcie było — rzecz rzadsza — koliste, powstało zdaje się nagle, ale dotyczyło przedewszystkiem warstw wewnętrznej i średniej. Przypadek dzisiejszy zajmujący jest także ze stanowiska sądowolekarskiego; w razie wykazanego urazu oczywiście nie nastręczałby on większych trudności, gdyż możnaby przyjąć, że uraz przyczynił się do powstania pęknięcia przy istniejącem już usposobieniu (w znaczeniu § 129 a. pr. k.); natomiast ewentualne wykluczenie działania urazu przy wątpliwych danych wywiadowych należałoby do zadań wcale niełatwych, a może nawet nierozwiązalnych.

2) Pęcherz moczowy kobiety 42 lat, w którym na błonie śluzowej, zwłaszcza w dolnych, lekko zaczerwienionych częściach, widać mnóstwo białawych guziczków, okrągławych, nie przechodzących wielkości prosa, a jakby przeświecających. Na pierwszy rzut oka można było myśleć o zwyrodnieniu torbielkowatem błony śluzowej dróg moczowych t. zw. »urethritis resp. cystitis cystica«, spotykanem wcale nierzadko nawet w wyższych stopniach, jak to było w innym, prawie współcześnie sekcyonowanym przypadku, gdzie wejrzenie makroskopowe pęcherza było bardzo podobne. (Demonstracya preparatów drobnowidowych). To torbielkowate zwyrodnienie zbadali dokładniej v. Brunn, Lubarsch, v. Limbeck i Aschoff, a także Eve i Pisenti. Zdaje się, że powstawanie takich torbielków odbywa się dopiero w latach wzrostu i w wieku dojrzałym i to po części przez pierwotne wrastanie w głąb przybłonka i odsznurowywanie się jego ognisk, po części przez odsznurowywanie przybłonka przez wyrastanie ku górze i zrastanie się delikatnych przegród łącznotkankowych, znajdujących się w prawidłowym pęcherzu już u noworodków, t. zw. »septa« v. Brunna, który je pierwszy wykazał. Może być wreszcie, że w niektórych razach torbielki powstają z zabłąkanych za wysoko gruczołów cewki moczowej. (Lubarsch). Nie jest pewnem, czy te torbielki są zjawiskiem poniekąd normalnem, czy też zawsze chorobowem, i czy nie stoją w związku ze sprawami zapalnemi dróg moczowych: przeciw temu drugiemu przypuszczeniu przemawia jednak ich względna częstość, oraz to, że w wielu przypadkach nie można wykazać ani śladu jakichś innych zmian chorobowych.

W przedstawionym przypadku wykazał jednak drobnowid, że mamy do czynienia nie z torbielkami, lecz z grudkami (follikułami) chłonnemi. O tworach podobnych wspominają już dawniejsi autorowie (Cruveilhier, Rokitańsky itd.). Późniejsze badania doprowadziły do wyników sprzecznych: jedni (Weichselbaum, Hamburger) sądzili, że już w prawidłowej błonie śluzowej znajdują się grudki limfatyczne zawsze i dość obficie; inni (Chiari, Toldt) przeciwnie utrzymywali, że w prawidłowych warunkach ich niema, i że dopiero tworzą się one w przypadkach przewlekłych nieżytów pęcherza (Chiari). U nas zajął się tą sprawą Przewoski (w r. 1888), a wyczerpujące jego badania potwierdzają zdanie Chiarego. Znalazł on stan, o którym mowa, u 58 osobników na 5000 mniejwięcej sekcyi, połączony zawsze z nieżytem przewlekłym błony śluzowej pęcherza i nazwał go »jaglicowem czyli follikularnem zapaleniem błony śluzowej dróg moczowych«, tworząc w ten sposób odrębną postać anatomiczną. Klinicznie postać ta nie jest dobrze zbadana. Ciechanowski, badając dla innych celów znaczną ilość pęcherzy, nie zauważył również nigdy w prawidłowych skądinąd pęcherzach obecności grudek limfatycznych i w tym względzie może potwierdzić badania Chiarego i Przewoskiego. Rozleglejszych badań »jaglicowego zapalenia pęcherza« C. nie przeprowadzał: przedstawiając typowy jeden okaz, uczynił to w tym celu, aby zwrócić uwagę klinicystów na tę mało zbadaną postać. Zdaje się, że z nią miał do czynienia Guyon w przypadkach tak nazwanych przez siebie »granulations«, które spotykał przy bardzo bolesnych zapaleniach pęcherza, a niekiedy wypalał i wyskrobywał. Tak przynajmniej przypuszcza Przewoski, gdyż Guyon nie podaje bliższych szczegółów. Nie mając pod ręką piśmiennictwa z zakresu kliniki dróg moczowych, nie wie C., czy się sprawą tą kto później zajmował i prosi pod tym względem o wyjaśnienia, a zarazem zapytuje o objawy kliniczne, spostrzegane w przedstawionym przypadku. (NS. 478).

3) (NS. 549/99). Okaz nowotworu, wychodzącego z opon miękich móżdżku, pochodzący z kobiety 54-letniej, u której nadto znaleziono otłuszczenie serca i zapalenie nieżytowe płuc i oskrzeli. Nowotwór ten, wielkości sporego orzecha włoskiego, usadowił się przy przedniej krawędzi lewej półkuli móżdżku; leży on pod oponami, nigdzie na móżdżek nie przechodząc, a tylko uciskając na jego lewą półkulę i na lewą połowę mostu Warola; części te okazują wgłębienia, odpowiadające wypukłościom guza, a nadto są w całości wskutek ucisku zniekształcone. Badanie drobnowidowe wykazuje w guzie utkanie śródbłoniaka. Nowotwór był za życia rozpoznany, a koledzy, którzy przypadek spostrzegali, podadzą zapewne dane kliniczne.

4) (NS. 531/99). Okaz wątroby płatowatej wrodzonej (hepar lobatum), podobnej do wątroby zwierzęcej, a przypominającej zewnętrznie niektóre postacie wątroby płatowej pochodzenia kiłowego. O rozwojowem pochodzeniu tej zmiany świadczy w danym przypadku jednostajna grubość torebki na całej wątrobie, brak jakichkolwiek zmian w miąższu i obecność grubych żył, przebiegających na dnie wrębów, rozdzielających liczne płaty wątroby od siebie. Żyły te leżą tuż pod torebką. Okaz ten pochodzi z 40-letniej kobiety, której sekcya wykazała inne jeszcze niezwykłe zmiany, w całokształcie swoim dające się jeszcze najłatwiej odnieść do kiły trzeciorzędnej. Mianowicie pod wątrobą w sąsiedztwie przewodu żółciowego woreczkowego *(ductus cysticus)* znajdują się dwa twarde, okrągławe guzy, jeden wielkości orzecha włoskiego, drugi wielkości fasoli, otoczone zrostami włóknistemi, a na przekroju okazujące wejrzenie, zbliżone do kilaków, mianowicie w środku partye obumarłe, żółtawo-popielate, nieco przeświecające, o obrysach zatokowatych, a na obwodzie zbite utkanie włókniste. Przewód woreczkowy jest w sąsiedztwie tych guzów zarośnięty na długości 1 cm., pod zarośnięciem zawiera kamień, złożony z soli wapniowych, poniżej zaś jest prawidłowy. Woreczek żółciowy przedstawia obraz puchliny (*Hydrops vesicae felleae*). Śledziona powiększona, zwyrodniała skrobiowato, w kilku miejscach okazuje bliznowate zaciągnięcia, przypominające nieco blizny po infarktach. W nerkach obok znacznej marskości (rozpoznanej za życia) znaleziono również rozległe zwyrodnienie skrobiowate. Dolny płat płuca prawego zwyrodniały włóknisto, wśród niego jamka zatokowata, o ścianach włóknistych, wypełniona miazgą, podobną do serowatej. W płacie dolnym płuca lewego znajduje się tuż po l powierzchnią zewnętrzną ognisko bezpowietrzne, nieregularnie okrągławe, złożone z suchych mas białawych, nekrotycznych, nieco większe od orzecha włoskiego. Ognisko to od strony wnęki płuca niezbyt ostro jest odgraniczone od miąższu płucnego, — od strony opłucnej zupełnie jest oddzielone, jakby odsłoina. Nadto znaleziono nieliczne nacieki miażdżycowe w tętnicy głównej, jednokomorowy torbiel jajnikowy po stronie lewej i niezbyt znaczne skrócenie więzadła językonagłośniowego środkowego z zawinięciem brzegu chrząstki nagłośniowej ku powierzchni językowej (zmiana Hansemanowska), zresztą zaś w innych narządach zmian nie było.

Nasuwające się ze względu na całość obrazu sekcyjnego rozpoznanie kiły dlatego natrafia na trudności, że usadowienie się kilaków w gruczołach chłonnych, jakby w tym przypadku być mogło — prawie wyłączne, zdaje się należeć do nadzwyczajnych rzadkości. W rozpoznaniu niewiele mogą być pomocne zmiany w płucach, gdyż, o ile usadowienie ich przemawia raczej za kiłą, niż za gruźlicą, o tyle wejrzenie jest zupełnie niezwykłe, a całkowita przemiana w masy serowate i odsłojenie bez jakichś wyraźniejszych zmian włóknistych w obwodzie byłoby dla kilaków zgoła wyjątkowem zjawiskiem. Badanie tych mas serowatych w płucach nie wykazało ni śladu prątków gruźliczych, lecz gdyby nawet było przeciwnie, pozostawałaby możliwość połączenia się obu zakażeń w tym samym ustroju. Badanie drobnowidowe guzów podwątrobowych wykazało tylko tkaninę nekrotyczną, złożoną przeważnie z pasm tkanki włóknistej; w płucach granica mas serowatych przedstawia bądźto obraz sekwestracyi z udziałem leukocytów, bądź też wąski pas nacieku komórkowego, wśród którego zrzadka znajdują się niecharakterystyczne komórki olbrzymie, zdarzające się, jak wiadomo, i w kile, a na zewnątrz od niego gdzieniegdzie w miąższu płucnym ślady zwyrodnienia włóknistego; wogóle zatem drobnowid nie dostarcza nawet tych obrazów, jakie nawykliśmy spotykać w kilakach, a jakie zresztą wybitniejszych swoistych cech nie posiadają. Niewiele

zmieniłoby rzecz wykazanie »Plasmazellen« Unny, których jeszcze za coś swoistego dla kiły uważać niepodobna.

W dyskusyi (ad 3) kol. Konera, (ad 2) kol. Gliński podają dane kliniczne opisanych przypadków.

Sekretarz doroczny: *Dr. Lewkowicz.*

VI. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski.

(Ciąg dalszy).

5 posiedzenie, dnia 13 kwietnia przedpołudniem.

Leukocytoza a białaczka.

Sprawozdawca Löwit (z Insbruku) rozbiera właściwości leukocytozy i białaczki. Wspólnem znamieniem obu tych spraw jest powiększenie ilości ciałek białych.

Leukocytoza jest tylko objawem, którego przyczyny są rozmaite. Może wystąpić powoli, a szybko zniknąć, lub też odwrotnie. W białaczce znachodzi się równocześnie zawsze leukocytoza; nie jest to jednak prosta leukocytoza, lecz powiększenie ilości ciałek białych z przyczyny swoistej. Mowca omawia poszczególne postacie białaczki podług obrazów krwi i dochodzi do wniosku, że na zasadzie kształtów i właściwości ciałek białych w krwi białaczkowej nie można rozpoznać na pewne, zkąd pochodzą nieprawidłowe ciałka białe, to jest, gdzie zostały wytworzone, w jakim narządzie.

Główną część wywodów mowcy zajęło opisanie pasorzytów, przez niego odkrytych, a mających powodować białaczkę. Wyniki badań Löwita pod tym względem są następujące:

1) W białaczce szpikowej *(myelaemia)* znajdują się w ciałkach białych krwi obwodowej pasorzyty pełzakowate, które nazwał Löwit: *Haemamoeba leucaemiae magna.* Pełzak ten rozmnaża się we krwi, podobnie jak „sporozoy acystosporydowe“, przez zarodnikowanie. Można nawet wykryć w narządach krwiotwórczych zwłok zarodniki ze znamionami zarodników trwałych. Nie jest rzeczą pewną, czy we krwi występuje rozmnażanie się chromatozoitów (ciałek sierpowatych).

2) W limfenii *(lymphaemia)* zdarzają się pasorzyty w krwi obwodowej, ale tylko niekiedy. W narządach krwiotwórczych zwłok znachodzi się pasorzyt nieco odmienny: *Haemamoeba leucaemiae vivax.*

3) Są przypadki białaczki, w których można znaleźć w narządach oba gatunki pełzaków (zakażenie mięszane).

4) W jednym przypadku niedokrewności dziecięcej wrzekomo białaczkowej *(anaemia pseudoleucaemica infantum)* i w jednym też przypadku wrzekomej białaczki *(pseudoleucaemia)* u dorosłego, były te pasorzyty we krwi i w narządach po śmierci.

5) Można przenieść białaczkę na zwierzęta do niej skłonne. Występuje wtedy choroba zazwyczaj przewlekła, bardzo przypominająca białaczkę ludzką, na którą zwierzęta giną dopiero po wielu miesiącach. Niekiedy w mniejszej ilości przypadków białaczka ta sztuczna u zwierząt zmienia się z przewlekłej w ostrą śmiertelną. W krwi zwierząt zarażonych można już w preparatach świeżych, niebarwionych, widzieć pasorzyty; w tych razach w narządach jest mniej pasorzytów, niż we krwi. Zdaje się, że rozwój pasorzyta u zwierząt odbywa się głównie we krwi, choć i narządy krwiotwórcze są też zajęte. Przerost tych narządów wydarza się, ale nie występuje naprzód z pomiędzy innych objawów.

6) Można przenieść tę sztuczną białaczkę z jednego zwierzęcia na drugie.

7) Dotąd nie wiadomo z pewnością, czy się udaje hodowla pasorzytów w próbówkach. Niektóre próby autora były dodatnie, nie może jednak stanowczo orzec już teraz bez dalszych prób.

Drugi sprawozdawca Minkowski (ze Strasburga): W dziedzinie chemii komórki, a zwłaszcza chemii ciałek białych widać w ostatnich latach znaczny postęp.

Jądro komórki, tę najzawilszą część komórki, udało się nauce zbadać pod względem chemicznym do pewnego stopnia. Mianowicie chemia komórki odkryła, że główną część składową jądra stanowią osobne skupienia niedziałek (kompleksy atomów), będące w związku z ciałami białkowatemi, jednak mające prostszy układ, niż te ostatnie. Jednę gromadę tych substancyj stanowią ciała posiadające własności kwasów, a odznaczające się wielką zawartością fosforu. Są to kwasy nukleinowe, odkryte przez Mieschera. Gromadę drugą tworzą ciała mające własności zasad. Tutaj należy protamin, również odkryty przez Mieschera. Ten protamin nazywa Kossel pierwotnem ciałem białkowatem *(»primitiver Eiweisskörper«)*, które jest właściwem jądrem drobiny białka, wspólnem dla wszystkich ciał białkowatych. Na istnieniu tego ciała polega odczyn biuretowy i tak zw. odczyn alkaloidowy ciał białkowatych. W pewnych tworach, podobnych do jądra, będących z niem w jakimś stosunku, np. w główkach dojrzałych nitek nasiennych, występuje kwas nukleinowy w połączeniu z protaminem jako sól. Takie połączenia solne znajdują się w ciele komórkowem bakteryj. Niedawno powiodło się rzeczywiście Ruppelowi odosobnić z prątków gruźliczych obok kwasów nukleinowych także ciała protaminowe. W jądrach komórkowych ustrojów wyższych znajdują się te substancye w połączeniach bardziej złożonych. Protamin strąca substancye białkowate i albumozy z rozczynu amoniakalnego i tworzy z nimi ciała, które na mocy swych własności odpowiadają tak zw. histonom. Tak samo kwas nukleinowy w rozczynie kwaśnym łączy się z ciałami białkowatemi i tworzy nukleiny. Nukleiny mają własności kwasów, zaś histony własności zasad i mogą się znów połączyć z nukleinami w nukleohistony. W ustroju zwierzęcym te nukleohistony stanowią główny składnik pierwocin jądra, jak to wykazali Kossel i Lilienfeld.

Najwięcej nukleohistonów ilościowo zawierają ze wszystkich narządów komórki układu chłonnego. Limfocyty składają się przeważnie z samych tylko nukleohistonów. Te nowo odkryte substancye są najściślej związane z głównemi czynnościami życia. Kwas nukleinowy i protamin prawdopodobnie jest sam przenośnikiem i pośrednikiem najważniejszych czynności, albo też zawiera drobne wprawdzie na ilość, ale nadzwyczaj czynne, żywotne istoty, może podobne do zaczynów (fermentów), które wydziela, a one znowu działają.

Sprawozdawca sam badał w ostatnich czasach nukleiny komórek ludzkich. Chodziło mu o zbadanie stosunku wzajemnego substancyi jądrowych w limfocytach i w ciałkach wielojądrzastych obojętnochłonnych. Pominąwszy niejakie różnice ilościowe pokazało się, że kwasy nukleinowe obu tych rodzajów ciałek są zupełnie jednakie. Natomiast substancye, połączone z kwasem nukleinowym, które dają odczyn biuretowy, zachowują się nie tak prosto. Mianowicie powiodło się sprawozdawcy otrzymać z nich dwa różne ciała, odmienne od protaminu Miescherowskiego, które także nie należą do właściwych albumoz i peptonów. Badania jego są dotąd nie skończone, nie mogą więc jeszcze rozstrzygnąć niezałatwionego sporu co do stosunku limfocytów do leukocytów, czy mianowicie są to zupełnie odrębne rodzaje ciałek, jak sądzi Ehrlich, Ribbert i inni, czy też, jak mniema Löwit, Fränkel itd. limfocyty są to tylko młode leukocyty. Badania chemiczne mogą tu zarówno dobrze zaważyć, jak i badania morfologiczne.

Również do zadań chemii komórkowej należy wyjaśnić znaczenie ziarenek zawartych w pierwoszczy komórek, jako to ziarenek obojętno-, kwaso- i zasadochłonnych (neutro-, acido-, basophile). Rozmaite są mniemania co do ich pochodzenia i składu. Podług jednych ziarenka te mają skład białkowaty, to znów prostszy. Powstanie ich tłomaczą bądź fagocytozą, bądź sądzą, że są to swoiste wydzieliny komórek, albo że są to ciała pochodne (derivate) substancyi jądrowej, lub że pozostają w związku z hemoglobiną. Dotychczas trudno coś pewnego powiedzieć; sprawa jest jeszcze niedojrzałą, choć zasługują na uwagę niektóre objawy, jak zawartość żelaza w ziarenkach eozynochłonnych, oraz blizki ich stosunek do kryształów Charcot-Leydenowskich. Z badań tych nad istotami nukleinowemi wyszła nowa nauka o tworzeniu się kwasu moczowego.

Niewątpliwie należy uważać kwas moczowy u człowieka za swoisty wytwór ostateczny rozkładu nukleiny. Powstaje on przez utlenienie tak zw. zasad alloksurowych, zawartych w kwasie nukleinowym. Materyału do wytworzenia kwasu moczowego w ustroju może dostarczyć rozpad jąder, pomiędzy któremi znowu rozpadające się jądra w ciałkach białych mają pierwszorzędne w tym względzie znaczenie. I tak na dowód tego mniemania znajdujemy najwyższe wartości wydzielonego kwasu moczowego aż do 8 grm. (w czasie doby) w białaczce, w której też zachodzi znaczny rozpad ciałek białych (A. Fränkel i Magnus-Levy). Mimo to przecież nie należy sądzić, że wydzielanie kwasu moczowego w moczu pochodzi jedynie z rozpadu ciałek białych. Bo już pominąwszy to, że zwiększenie rozkładu nukleiny może również pochodzić ze zwiększonej

czynności, sam pokarm z większą ilością nukleiny jest w stanie pomnożyć ilość kwasu moczowego w moczu.

Oprócz kwasu moczowego należą do wytworów, powstających ze zwiększonego rozpadu ciałek białych w ustroju, jeszcze przedewszystkiem kwas fosforowy i ciała histonowate.

Ogólna przemiana materyi w ustroju nie zależy, jak się zdaje, wprost od własności krwi. W białaczce przemiana gazów oddechowych jest zupełnie prawidłowa, mimo zmienionego składu krwi.

Jednem z najważniejszych pytań dla lekarza jest, jak odróżnić klinicznie białaczkę od leukocytozy? Różnica jest wielka w skutkach, bo jak białaczka oznacza chorobę ciężką, postępującą i nieuleczalną, tak leukocytozę uważać trzeba za objaw wprawdzie chorobowy, ale objaw najczęściej przejściowy, w każdym razie uboczny, a nawet pomyślny. Przez białaczkę należy rozumieć chorobę, w której zmiana krwi jest głównym objawem i znajduje się w ścisłym związku z pewnemi zmianami organicznemi w narządach krwiotwórczych. Leukocytoza zaś oznacza powiększenie ilości ciałek białych w krwi, będące objawem mniej lub więcej pobocznym w innych chorobach, a które to powiększenie zasadza się tylko na pobudzonej czynności narządów krwiotwórczych lub nagromadzeniu się większem gotowych ciałek białych w krwi krążącej. Rozróżnienie leukocytozy od białaczki w praktyce atoli nie przedstawia prawie trudności, chyba wyjątkowo. Już sam obraz krwi wystarcza aż nadto do rozpoznania. Jedno spojrzenie do mikroskopu pozwala na odróżnienie leukocytozy od białaczki ze stopnia natężenia tej sprawy. To też przez czas długi różnicę pomiędzy leukocytozą a białaczką zasadzano jedynie na ilości ciałek białych. Stosunek białych do czerwonych jak 1:20 lub 1:50 był granicą pomiędzy temi sprawami, na oko pokrewnemi. Atoli obecnie powszechnie zgadzają się autorowie na to, że ilość nie rozstrzyga stanowczo, a główne znaczenie posiada jakość obrazu krwi. Z pojedynczych rodzajów ciałek białych nie można jednakowoż rozpoznawać jednej lub drugiej sprawy, ponieważ tak ciałka eozynochłonne, jak również tak zw. myelocyty, które uważano za znamienne dla krwi białaczkowej, zdarzają się również we krwi prawidłowej, a w leukocytozie nawet w większej ilości. Otóż tylko na zasadzie całego obrazu krwi można odróżnić białaczkę od leukocytozy. Obraz krwi w białaczce jest pstry, niejednostajny, odznacza się wielopostaciowością (*polymorphia*, J. Weiss). Przecież do pewnego stopnia należy i to określenie ograniczyć, ponieważ zdarzają się przypadki białaczki, odznaczające się jednostajnością obrazu krwi, np. pewne przypadki przewlekłej limfemii, w których limfocyty tworzą 95% wszystkich ciałek białych. A więc należy mieć na uwadze przy rozpoznawaniu białaczki całość objawów chorobowych, niespuszczając z oka obrazu krwi, który jest również bardzo ważnym czynnikiem rozpoznawczym.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Sprawozdanie z berlińskiego Kongresu niemieckich ginekologów, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku.

Ułożył

Dr. Włodzimierz Sieminowicz.

(Ciąg dalszy).

Drugi dzień obrad. Posiedzenie kliniczne.

Sollheim demonstruje na kościach zwierząt wpływ trzebienia na budowę kości. U zwierząt wytrzebionych nasady kostne później się zrastają z trzonem, dlatego zwierzęta te rosną dłużej na długość i wysokość, aniżeli nietrzebione i w stosunku do tych dwóch wymiarów są za wązkie. Mózg trzebionych waży więcej, niż nietrzebionych, ale natomiast mniej w porównaniu do wagi ogólnej zwierzęcia. U kobiet trzebionych nie stwierdza się podobnej zmiany, jak u zwierząt; natomiast ulegają im oskopieni mężczyzni.

Następnie okazał S. miednicę kobiecą, zaopatrzoną w drewnianą główkę, zawieszoną na łańcuszku, której można nadawać dowolne położenie. Miednica ta znakomicie nadaje się do demonstracyj klinicznych mechanizmu porodowego i do demonstracyi porodów kleszczowych.

Fantom taki zamówić można za 15 marek u mechanika Elbsa, Freiburg i B.

Döderlein demonstrował różne rodzaje zgniataczy naczyń (*angiothrypter*), używanych przy miażdżeniu naczyń. Operuje on zgniataczem naczyń swego wynalazku, który zajmuje pośrednie miejsce między zgniataczem Tufiego a Doyena; wywiera on ciśnienie 2.000 kilogramów. Döderlein operował tym sposobem 27 przypadków przez pochwę i przypadkowo tyleż drogą laparotomijną i nie stracił ani jednej chorej. Operacye tym sposobem trwają nadzwyczaj krótko. D. wycina macicę przez pochwę zaraz po porodzie i pomimo wielkiej jej objętości łatwo można ją wydostać z powodu wiotkości.

Thumim demonstrował zgniatacze naczyń, zmodyfikowane przez Schautę.

Do przeciwwskazań miażdżenia naczyń (*Angiotrypsie*) zalicza Th. operacye na miąższu zajętym przez raka, miażdżycę tętnic dla ich kruchości i jednoczesne sprawy zapalne.

Po posiedzeniu klinicznem nastąpiło posiedzenie zwyczajne, na którem toczyły się dalsze rozprawy nad włókniakami:

Freund operował 72 przypadki włókniaków i zauważył, że kobiety, cierpiące na włókniaki macicy, ulegają tym nowotworom na różnych innych narządach, n. p. na skórze, a nawet jeden raz znalazł włókniaka na cienkich kiszkach. W 12 przypadkach na 72 stwierdził wól. Każdy 6-ty przypadek okazał się złośliwym; z powodu, że włókniaki sprowadzają takie powikłania, jak miażdżyca tętnic, zapalenie żył, schorzenie nerek itd., nie można ich zaliczyć do nowotworów całkiem dobrotliwych. Na 72 przypadków operowanych 2 zakończyły się śmiercią z powodu zatoru (*embolia*).

Zatory mogą wystąpić, gdy się wielki włókniak usunie nagle z miednicy; żeby temu zapobiedz, Fr. układa chorą przed operacyą w położenie kolanowo-łokciowe i tym sposobem wydobywa włókniak z miednicy.

Dührssen operuje nietylko wielkie włókniaki, ale i małe, rozmiarów włoskiego orzecha, jeśli są powodem wielkich krwotoków lub dolegliwości. Jest on przeciwny objawowemu leczeniu włókniaków. Miewał przypadki, w których małe włókniaki sprawiały wielkie dolegliwości i przez długi czas; chora cierpiała na bolesną miesiączkę i obfite krwotoki; wszystko to ustąpiło po wyłuszczeniu włókniaka.

D. operuje przez pochwę i uważa takie małe operacye za zupełnie niewinne. Maciczne włókniaki należy wyłuszczać bez względu na to, czy są podotrzewnowo, śródmiąższowe lub podśluzowe. Przez pochwę wydostawał włókniaki wielkości głowy dziecka. Przy wycięciu macicy zazwyczaj zostawia kikut.

Wertheim sądzi, że przy operacyi włókniaków należy wybrać tę drogę, która będzie krótsza, gdyż przedłużenie operacyi zawsze jest połączone dla operowanej z większem niebezpieczeństwem, aniżeli droga, którą się wybrało do uskutecznienia operacyi. Nie wielkość włókniaka powinna rozstrzygać, którą drogą mamy operować, lecz powikłania towarzyszące włókniakowi.

Każdy przypadek należy osobno indywidualizować. Jeżeli chora jest wyniszczoną i niedokrewną z powodu utraty krwi, a przytem ulega wadzie sercowej, trzeba operować przez laparotomię, a to z tego powodu, że podczas operacyi drogą pochwową chora straci wiele krwi, osobliwie przy kawałkowaniu nowotworu, co pogarsza stan chorej i czyni samą operacyę groźniejszą od laparotomii. Guzów, które sięgają aż do pępka, nie uważa mowca za odpowiednie do operowania przez pochwę. Przy wyborze drogi operacyjnej należy też baczyć, czy guz wogóle jest ruchomy, a poznać to można w ten sposób, że się macicę ściąga haczykowatemi szczypczykami na dół. Jeśli macica daje się daleko ściągnąć na dół, jest to znak, że guz jest ruchomy, a więzadła nie są stężałe. Jeżeli guz leży wysoko w miednicy, a szyjka maciczna nie jest zajętą, lepiej operować przez laparotomię. Wązka pochwa jest również przeciwwskazaniem do operacyi drogą pochwową; wprawdzie pochwę można rozszerzyć przez nacięcie, ale ta metoda nie jest bezpieczna. Włókniaków większych od głowy dziecka nie należy wyłuszczać przez pochwę.

Hofmeior utrzymuje, że najlepiej operować włókniaki przez laparotomię, macicę zaś w potrzebie amputować i mały zostawiać kikut, a leczyć zaotrzewnowo; ten sposób daje mu lepsze wyniki, aniżeli całkowite wycięcie macicy. Tętnicę maciczną należy podwiązać.

Veit operuje i małe włókniaki. Radzi podwiązywać tętnicę maciczną zaraz z dołu i to nasamprzód przeciąć, a potem podwiązać.

Fritsch jest zdania, żeby przy wyjęciu macicy nie zostawiać jajników, ponieważ w nich następnie powstają zastoje, które potem powodują dolegliwości, obrzęki i różnego rodzaju zrosty; stan ten może powstać bez wszelkiej gorączki lub innych objawów zapalnych; a po jakimś czasie mogą wystąpić powikłania, stanowiące istotne niebezpieczeństwo. Kikut należy zostawić tylko wtenczas, gdy szyjka maciczna jest mała, z tej przyczyny, że przy zupełnem wycięciu macicy wycinamy również i część pochwy; gdy je-

dnak szyjka maciczna jest rozmiarów dostatecznych, Fr. wycina kikut zupełnie. Operował 600 razy przez pochwę tak z powodu włókniaków, jak i raków. Operacye przez pochwę dały mu zdumiewająco dobre wyniki. Rady Wertheima nie uznaje za dobrą, gdyż doświadczenie go pouczyło, że właśnie kobiety wyniszczone, niedokrewne i osłabione lepiej znoszą operacyę przez pochwę, trwającą godzinę, aniżeli krótką przez laparotomię. Metodą Chrobaka operował on 300 razy, również z dobrym skutkiem.

Thorn sądzi, że jajniki należy zostawić przy operacyi, żeby zapobiedz ciężkim zaburzeniom nerwowym i psychicznym. Wyciąć je należy wtenczas, gdy są zrosty lub patologiczne w nich zmiany.

Nie wierzy w zwykłe zatory przy operacyi włókniaków, ale uważa je za posocznicze, które nawet w trzy tygodnie po operacyi nastąpić mogą. Radzi operować przez pochwę, ale unikać większych krwotoków. Sam operował przez pochwę większe włókniaki 33 razy w ten sposób, że wyjmował je kawałkami. Wysięków na kikucie nigdy nie zauważył, tętnice maciczne podwiązuje.

Włókniaki podśluzowe wywołują bóle peryodyczne, podobne do porodowych. Drugi rodzaj bólów powodują włókniaki przez ucisk na sąsiednie narządy; włókniaki podotrzewnowe i śródwięzadłowe najczęściej uciskają na splot siedzeniowy (pl. ischiaticus).

Drugim objawem, który wywołują włókniaki, są zaburzenia nerwowe, jak np. histerya; w takim przypadku skuteczną jest elektryczność galwaniczna, mięsienie, kąpiele i leczenie klimatyczne. Trzeci objaw stanowią krwotoki. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie z czynności Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej w II. kwartale 1899 r.

I. Wydział Izby w II. kwartale 1899.

Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbył w II. kwartale 1899 trzy posiedzenia, a mianowicie w dniu 10 kwietnia, 16 maja i 24 czerwca, na których z ważniejszych spraw uchwalono następujące:

I. Na wniosek przewodniczącego uchwalono zawiadomić Towarzystwo lekarskie krakowskie o mających się odbyć wyborach do Izby z końcem czerwca 1899.

II. Uchwalono zwołać Izbę na dzień 29 kwietnia i zarazem ułożono następujący porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia. 2) Zdanie sprawy Wydziału i Rady honorowej z czynności swych w r. 1898. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Wnioski i interpelacye.

III. Uchwalono przesłać Izbie zarządzającej koszta przypadające na Izbę zachodnio-galicyjską w kwocie 71 złr. 96 cnt.

IV. Udzielono tytułem zapomogi p. A. H. z S. i K. B. z M., wdowom po lekarzach po 100 złr., p. M. Z. z N. S. lekarzowi 100 złr., p. J. D. z B., K. M. z S., M. S. z Kr., J. K. z L., A. S. z S., wdowom po lekarzach, każdej po 50 złr.

V. Prośbie p. E. S. z T., wdowy po lekarzu, o udzielenie zapomogi odmówiono.

VI. Uchwalono uwolnić od opłaty na rzecz Izby trzech lekarzy.

VII. Odczytaną przez przewodniczącego petycyę do Ministerstwa skarbu w sprawie polepszenia bytu lekarzy salinarnych przyjęto i uchwalono petycyę tę przesłać w języku niemieckim c. k. Ministerstwu skarbu.

VIII. Na zażalenie jednego z lekarzy z powiatu, że mu odnośne Władze odebrały szczepienie ospy, Wydział uchwalił odpowiedzieć, że sprawa ta nie należy do zakresu działania Izby, lecz do kompetencyi Wydziału krajowego, w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem.

IX. Na przedstawienie Przewodniczącego Wydział zgodził się, aby na następnym wiecu Izb lekarskich były rozstrzygane sprawy, dotyczące zmiany ustawy o Izbach, partactwa lekarskiego, płac lekarzy w kasach chorych, ściągania należytości na rzecz Izb, wspólnej etyki lekarskiej i taks za czynności lekarskie w ogólności, jako też i sprawa przymusu zawodowego.

X. Przyjęto i uchwalono przesłać Izbie czeskiej odczytane przez prezydenta pismo w sprawie ściągania należytości na rzecz Izby lekarskiej od lekarzy, praktykujących w miejscach kąpielowych czeskich.

XI. Sprawę zatargu Izby lek. w Vorarlbergu z Władzą krajową na wniosek przewodniczącego uchwalono złożyć do akt, a to z powodu, że i inne Izby lek. w tej mierze głosu nie zabierają.

II. Rada honorowa.

W II. kwartale 1899 Rada honorowa odbyła trzy posiedzenia, a mianowicie dnia 10 kwietnia, 18 kwietnia, 24 czerwca, na których rozpatrywano spory pomiędzy kolegami, jako też i zażalenia przeciw lekarzom wnoszone.

I. W sprawie Dr. Z. przeciwko Dr. S. z K. uchwalono, ażeby odstąpić od dalszego dochodzenia z powodu braku dostatecznych dowodów.

II. Dr. K. z Kr. udzielono ostrzeżenia.

III. Przyjęto do wiadomości pismo c. k. Sądu kraj. karnego w Krakowie, donoszące o wytoczeniu śledztwa karnego przeciw Dr. G. z P.

IV. Zażalenie Dr. P. przeciwko Dr. T. M. z Kr. z powodu niezapłacenia długu odstąpiono prezydentowi do załatwienia. W sprawie p. K. F. z M. przeciwko Dr. U. z M. Rada honorowa uchwaliła, że nie ma powodu wytaczać śledztwa przeciw Dr. U. z M.

V. Dr. Z. E. z S. skazała Rada honorowa na zapłacenie grzywny w wysokości 100 złr.

VI. Sprawę reklamy Dr. S. K. z Kr. odstąpiono prezydentowi, celem zwrócenia uwagi Dr. S. K. na niewłaściwość podobnych ogłoszeń.

VII. Dwie sprawy honorowe zalegają dotąd, z których jedna z powodu choroby jednego z obwinionych kolegów, a druga z powodu nienadesłania aktów sądowych Izbie lekarskiej, nie mogły być załatwione.

Sprawozdanie z ochronnego leczenia przeciwko wodowstrętowi — metodą Pasteura — za miesiąc czerwiec, 1899 r.

W miesiacu tym leczono ogółem 34 osób, w liczbie tej 10 osób, pozostałych w leczeniu z maja i 7 osób, pozostających nadal w leczeniu na miesiąc lipiec, 1899 roku.

Wykaz liczbowy tych 34 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz, głowę i szyję	—	3	—	3
w kończyny górne	2	13	5	20
w kończyny dolne i tułów	—	5	6	11
w ciało nagie	2	10	3	15
przez ubranie	—	10	9	19
liczby ogólne	2	20	12	44

Zwierzęta kąsające były: w 32 przypadkach psy, w 1 przypadku koń, w 1 zaś przypadku ukłócie się igłą w zakładzie szczepień ochronnych.

Dyrektor Zakładu: *O. Bujwid.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 20 lipca.

— IX. Zjazd chirurgów polskich odbył się w Krakowie w dniach 18 i 19 b. m. Pomimo, że tym razem oprócz dwóch głównych tematów obrad nie był z góry ogłoszony szczegółowy program zjazdu, zjazd wypadł po dwuletniej przerwie, wywołanej zmianami w kli-

nice chirurgicznej krakowskiej, równie pokaźnie co do liczby uczestników, nie mniejszej, niż na zjeździe poprzednim, jak i co do liczby wykładów, z których wiele odznaczało się nieposlednią wartością naukową. Okoliczności te świadczą wymownie o potrzebie i pożytku zjazdów chirurgów polskich i o tem, jak silnę instytucya ta zapuściła korzenie w naszym świecie lekarskim i jak wżyła się w nasze stosunki. Zjazd otwarło przemówienie stałego prezesa zjazdów, Radcy Dworu Prof. Dra Rydygiera, który poświęcił gorące wspomnienie zmarłym członkom zjazdów ś. p. Prof. Obalińskiemu i ś. p. Dr. Jasińskiemu. Za duszę ś. p. Obalińskiego, wieloletniego wiceprezesa zjazdów, urządził zjazd obecny nabożeństwo żałobne w dniu dzisiejszym. Wiceprezesami zjazdu tegorocznego wybrano kol. Kijewskiego z Warszawy i Doc. Dra Schramma ze Lwowa; sekretarzem zjazdów jest doc. Bossowski, skarbnikiem prof. Trzebicky. Między uczestnikami zjazdu zauważyliśmy bardzo wielu zamiejscowych, i tak prócz już wymienionych kol. Doc. Barącza, Doc. Wehra, Krassowskiego, Ruffa, Karchezyego, Uhmę ze Lwowa. Pruszyńskiego, wydawcę »Gazety lekarskiej«, Karczewskiego, Grosglika, Zweigbauma z Warszawy, Kolińskiego, wydawcę »Czasopisma lekarskiego« z Łodzi, Staniszewskiego z Lublina, Bitnera z Ostrowic w Radomskiem, Paschalisa z Dąbrowy Górniczej, Dutkiewicza z Kaźmierzy, Bogdanika z Białej, Obfidowicza i Rossbergera z Jarosławia, E. Zielińskiego z Nowego Sącza i w. i. Z miejscowych brali udział w zjeździe, prócz wymienionych, Prof. Browicz, Radca Dworu Prof. Korczyński, Prof. Jaworski, Prof. Wicherkiewicz, Prof. Klecki, Prof. Al. Rosner, kol. Rutkowski, zastępca dyrektora kliniki chirurgicznej wraz z całym personalem kliniki, personal oddziałów chirurgicznych szpitala św. Łazarza i św. Ludwika, Doc. Kryński, personal kliniki ginekologicznej, Redaktor główny »Przeglądu lek.« i jego zastępca, kol. Bielański, Müller, M. Sternschuss, Kędzior i wielu innych. Wogóle liczba uczestników przekraczała 50, liczba zgłoszonych odczytów i demonstracyi dochodziła kilkudziesięciu. W ciągu zjazdu wygłoszone wykłady wraz z rozprawami pomieścimy w szczegółowem sprawozdaniu ze zjazdu, opracowanem przez kol. Drobę, asystenta kliniki chirurgicznej krakowskiej.

— Kol. Dr. Aleksander Hicner z Jasła ofiarował Bibliotece Tow. lek. krak. dwa roczniki »Wiener medicinische Presse« i cztery roczniki »Wiener Klinik«. Za dar ten, wzbogacający zbiór roczników wymienionych czasopism, składam łaskawemu ofiarodawcy najszczersze podziękowanie.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

— Ruch ludności miasta Krakowa w XXVII tygodniu b. r. (2—8 lipca): Średnia ludność roczna 83.730; małżeństw w XXVII tygodniu 23 (14·28), urodzin 60 (37·26), skonów 55 (34·16). Stosunek dzieci ślubnych do nieślubnych u katolików 23: 14, u żydów 12: 11. Z chorób zakaźnych zmarło: na błonicę 2 (zamiejscowi), na ospę jeden (zamiejscowy), na płonicę 1. Samobójstw było 2.

— Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski, asystent lwowskiej kliniki chorób wewnętrznych ordynuje tak, jak w latach poprzednich, od 15-go lipca b. r. w Zakopanem.

— Łódzkie »*Czasopismo lekarskie*« ma zamiar wydać w tłómaczeniu dzieło prof. Mendelssohna »O pielęgnowaniu chorych«. Dzieło to wyszło świeżo jako uzupełnienie Penzoldta i Stintzinga »Handbuch der speciellen Therapie«. Wobec tego, że od czasu tłómaczenia podręcznika Billrotha w r. 1880, nie ukazał się po polsku żaden lepszy podręcznik w tym kierunku i że od tego czasu umiejętność pielęgnowania chorych znacznie posunęła się naprzód i wywalcza sobie nawet zwolna katedry uniwersyteckie, jest myśl »Czasopisma lekarskiego« ze wszech miar szczęśliwą, tem więcej, że dzieło Mendelssohna odpowiada najnowszym wymaganiom i doskonale jest opracowane.

— Warszawskie Towarzystwo higieniczne otrzymało od spadkobierców W. Raua trzykroć sto tysięcy rubli na utworzenie parku zabaw dla dzieci na wzór krakowskiego parku Jordana. Olbrzymi ten dar zapewnia przyszłemu parkowi warszawskiemu byt chyba na bardzo długie czasy; obdarzona instytucya z pewnością bezzwłocznie przystąpi do dzieła. O energii i ruchliwości młodego Towarzystwa higienicznego świadczy między innemi poruszona przez nie sprawa oszczepienia ospy, która nie ogranicza się do rozpraw przy zielonym stoliku, gdyż Towarzystwo rozrzuciło już półtora tysiąca egzemplarzy odczytu o ospie Dra Puławskiego i zabiera się czynnie do szczepienia ospy na wielką skalę, rozpoczynając od najbliższych okolic Warszawy.

— Od 19 do 21 listopada b. r. odbędzie się w Zagrzebiu zjazd lekarzy chorwacko-słoweńskich. W zjeździe bierze udział między innymi ziomek nasz kol. L. Glück z Serajewa, który zapowiedział dwa wykłady.

— »College of Physicians of Philadelphia« rozpisuje konkurs o nagrodę imienia Williams F. Jenksa. Temat prac konkursowych brzmi »The various manifestations of lithaemia in infancy and childhood, with the etiology and treatment«. Nagroda 500 dolarów, termin do 1 stycznia 1901 r. Prace z zachowaniem zwykłych warunków konkursowych, napisane pismem maszynowem po angielsku lub z dołączeniem tłómaczenia angielskiego należy przesyłać pod adresem sekretarza komitetu konkursowego. Richard C. Norris. M. 8 in Philadelphia, Pensylvania. U. S. A.

Mianowania i przeniesienia. Mianowani profesorami w Berlinie: Doc. Warnkros (dentystyka), Doc. Gebhard (ginekologia), Doc. Munk (fizyologia); w Petersburgu: Doc. Krawkow (farmakologia). Słynny Prof. P. Ehrlich przenosi się z Berlina do Frankfurtu n. M. na stanowisko kierownika zakładu badania surowic leczniczych.

Artykuły oryginalne. mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta Lekarska* Nr. 28. A. Puławski: Kilka cyfr w sprawie alkoholizmu u nas. Dr. J. Fajersztajn: Polymyositis primaria (c. d.). Dr. St Orłowski: Sarkomatoza rdzenia i syringomyelia (dok.). *Medycyna* Nr. 28. R. Gutowski: O odczynie Florence'a przy badaniu plam nasiennych pod względem sądowo-lekarskim. F. Neugebauer: Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych, używanych przy operacyach. *Kronika lekarska* zeszyt 13. B. Wagner: O wągrze ocznym na podstawie danych statystycznych. Dr. F. Giedroyć: Mór w Polsce (c. d.). *Nowiny lekarskie* Nr. 7. Wspomnienie pośmiertne: J. Majer. Rychliński: Przyczyny powstawania bezwładu postępującego. A. Kozerski: W sprawie leczenia ropienia w powierzchownych warstwach naskórka. W. Sieradzki: O wartości próby płucnej, jako próby życiowej noworodka (dok.). K. Noiszewski: Czucie włosowe i czucie gruczołowe (dok.). L. Stanowski: Przypadek zapalenia rdzenia kręgowego zakończony wyleczeniem. — *Czasopismo lekarskie* Nr. 7. D. S. Rontaler: Dwa rzadkie przypadki mięsaka jamy nosogardzielowej. Dr. K. Ciągliński: Plamica a niestrawność u dzieci. Dr. B. Handelsman: Colica mucosa et enteritis membranacea. S. Lewkowicz: O użyciu leku wymiotnego po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej. F. Arnstein: Przypadek drgawek w początku dziewiątego miesiąca ciąży. Dr. L. Rutkowski: W kwestyi zbadania rozwoju fizycznego naszej ludności. Dr. P. Schroetter: Pierwsza pomoc przy nieszczęśliwych zdarzeniach w fabryce. Dr. E. Sonnenberg: Tajemnica lekarska (c. d.).

Redakcya otrzymała: L. Żupnik: Ueber subcutane Gehirninjectionen bei Tetanus. Odbitka z »Prager med. Wochens.« 1899.

— Dr. Fröhner i Dr. Hoppe: Tropon, ein neues Nahrungseiweiss. (Odbitka z *München. mediz. Wochenschrift*, Nr. 2, 1899 r.).

— *Sprawozdanie XVII-ste* Komitetu zarządzającego kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowem im. dra J. Mianowskiego za rok 1898. Warszawa, 1899 r.

Zastępca redaktora odpowiedzialnego:
Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski.

KONKURSY.

Wydział powiatowy w Dobromilu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Krościenku*. Lekarz okręgowy obowiązany będzie utrzymywać aptekę domową. — Roczna płaca wynosi 700 złr. — Ryczałt na objazdy 300 złr. — Podania do dnia 25 lipca b. r.

Zarząd powiatowej kasy dla chorych w Gorlicach ogłasza konkurs na obsadzenie:

1) dwóch lekarzy w Gorlicach za wynagrodzeniem 7% ogólnej cyfry wkładek ubezpieczonych robotników i ich pracodawców z gwarancyą minimalnej płacy 50 złr. miesięcznie;

2) jednego lekarza w Bieczu za wynagrodzeniem 5% wyż. wym. wkładek z gwarancyą minimalnej płacy 40 złr. miesięcznie. Podania do 30 lipca b. r. 168

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego zaczęło rozsyłać dzieło Prof. L. Wachholza, jako premium za rok 1889 i 1900.

Wszystkich kolegów, którzy za ten rok jeszcze nie zapłacili, jakoteż tych, którzy z wkładkami za ubiegłe lata zalegają, uprasza się o jaknairychlejsze nodesłanie wkładek i to za oba lata 1899 i 1900, a to dla uniknięcia zwłoki w przesyłce.

Wydawnictwo z powodu wielkich wydatków zamknęło rok ubiegły bardzo znacznym deficytem, z tego też powodu o nadesłanie wkładek zaległych uprzejmie prosi.

Koledzy z Wydziału medycznego, którzy już zgłosili lub zamierzają zgłosić rozprawy do książki pamiątkowej Uczniów Uniwersytetu Jagielońskiego, w razie potrzeby informacyj raczą się w czasie feryj udawać do mnie listownie.

Adres: Wadowice — ulica Lwowska.

Adolf Eugeniusz Klęsk
przewodniczący sekcyi medycznej.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.